

ESSAI CRITIQUE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M. Sc)

PAR  
MARIE-JOËLLE COSSETTE

PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE À DOMICILE AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES :  
ENJEUX ÉTHIQUES ET PISTES DE SOLUTION

DÉCEMBRE 2019

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

## REMERCIEMENTS

Il m'est indispensable de remercier chaleureusement Marie-Josée Drolet, qui a fait preuve d'une grande disponibilité et d'un respect envers le travail que j'ai réalisé tout au long de ce projet. Sa confiance et ses idées ont été deux éléments clés qui m'ont grandement aidée à compléter avec rigueur et avec intérêt ce projet de maîtrise.

Je suis également très reconnaissante d'avoir bénéficié de la révision externe de madame Louise Tremblay, qui m'a amenée à rehausser la qualité de ce manuscrit. Je vous remercie pour vos commentaires précis et exhaustifs.

Je tiens à remercier tous les participants à l'étude pour leurs discours riches et leur confiance. Vos vécus ont été au cœur de ce projet.

Je tiens à souligner le soutien financier offert par le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC) ainsi que la Fondation de l'UQTR à Marie-Josée Drolet, professeure au Département d'ergothérapie de l'UQTR, via des fonds de recherche qui lui ont été octroyés pour réaliser cette recherche. Ces fonds ont permis l'embauche d'assistantes de recherche, soit Mireille Trottier et Rébecca Gaudet, qui ont respectivement collecté et transcrit les données. Je les remercie pour leur travail.

Enfin, je ne peux que souligner avec gratitude l'apport essentiel de mes proches (amis, collègues, famille) tout au long de ce projet. Je vous remercie pour le soutien moral, l'écoute, les conseils et les encouragements.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	i
LISTE DES FIGURES.....	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	v
RÉSUMÉ .....	vi
1. INTRODUCTION .....	1
2. PROBLÉMATIQUE .....	3
2.1. Vieillesse et besoins en termes de soins de santé et de services sociaux.....	3
2.2. Pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des personnes âgées .....	4
2.3. Recension des écrits sur les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des aînés .....	6
2.3.1. Choix et comportements des clients .....	7
2.3.2. Environnement social des clients .....	7
2.3.3. Services d'ergothérapie en soutien à domicile auprès des aînés.....	8
2.3.4. Facteurs organisationnels de la pratique .....	8
2.4. Enjeux éthiques des soins de santé et des services sociaux à domicile .....	9
2.5. Pistes de solutions aux enjeux éthiques en soutien à domicile auprès des aînés .....	10
2.6. Questions et objectifs de la recherche .....	11
2.7. Pertinence de la recherche .....	11
2.7.1. Pertinence scientifique .....	11
2.7.2. Pertinence professionnelle .....	12
2.7.3. Pertinence sociale .....	13
3. CADRE CONCEPTUEL.....	15
3.1. Concept de valeur .....	15
3.2. Notion d'enjeu éthique .....	16
3.3. Écologie du développement humain.....	18
4. MÉTHODE .....	20
4.1. Devis de recherche .....	20
4.2. Processus de recrutement des participants .....	20
4.3. Collecte des données .....	21
4.4. Analyse des données.....	22
4.5. Considérations éthiques .....	23

<b>5. RÉSULTATS</b>	<b>25</b>
5.1. Participants	25
5.2. Enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des aînés	25
5.2.1. Enjeux éthiques liés à la vulnérabilité de la clientèle	27
5.2.2. Enjeux éthiques en lien avec la complexité de la collaboration et de la communication	32
5.2.3. Enjeux éthiques liés au contexte de pratique : limites et exigences organisationnelles	36
5.2.4. Enjeux éthiques en lien avec la nature des services d'ergothérapie	44
5.3. Pistes de solution actualisées et envisagées	46
5.3.1. Pistes de solution de l'ontosystème	47
5.3.2. Pistes de solution du microsystème	49
5.3.3. Pistes de solution du mésosystème	51
5.3.4. Pistes de solution du macrosystème	53
<b>6. DISCUSSION</b>	<b>56</b>
6.1. Questions et objectifs de la recherche	56
6.2. Enjeux éthiques en lien avec la vulnérabilité de la clientèle	56
6.3. Enjeux éthiques en lien avec la complexité de la communication et de la collaboration	57
6.4. Enjeux éthiques liés au contexte de pratique (limites et exigences organisationnelles)	59
6.5. Enjeux éthiques en lien avec la nature des services d'ergothérapie	61
6.6. Pistes de solution aux enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès d'aînés	61
6.7. Regard d'ensemble sur les résultats : Réflexions émergentes	62
6.7.1. Tabous relatifs aux personnes âgées	62
6.7.2. Différentes façons de vivre les enjeux éthiques	64
6.7.3. Pistes de solution à travers les quatre niveaux systémiques	65
6.8. Forces et limites de la recherche	66
6.9. Retombées de la recherche	67
<b>7. CONCLUSION</b>	<b>69</b>
<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>72</b>
<b>ANNEXE A QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE</b>	<b>79</b>
<b>ANNEXE B SCHÉMA DE L'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE</b>	<b>84</b>

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. Synthèse des enjeux éthiques et des valeurs impliquées.....	26
Figure 2. Facteurs de vulnérabilité de la clientèle âgée selon les participants.....	27
Figure 3. Conditions associées au déclin de l'autonomie selon les participants.....	29
Figure 4. Domaines de collaboration et de communication selon les participants.....	32
Figure 5. Éléments contextuels de la pratique selon les participants.....	37
Figure 6. Dimensions des services d'ergothérapie selon les participants.....	44
Figure 7. Pistes de solution selon les catégories systémiques de Bronfenbrenner (1979).....	47
Figure 8. Pistes de solution inhérentes à l'ontosystème.....	47
Figure 9. Pistes de solution inhérentes au microsystème.....	50
Figure 10. Pistes de solution inhérentes au mésosystème.....	51
Figure 11. Pistes de solution inhérentes au macrosystème.....	53

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

CLSC	Centre local de services communautaires
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
ISQ	Institut de la statistique du Québec
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec

## RÉSUMÉ

**Problématique :** Les retombées du vieillissement de la population québécoise sur les services d'ergothérapie en soutien à domicile laissent entrevoir de nouveaux enjeux éthiques (OEQ, 2017). Des lacunes significatives sont constatées dans les écrits recensés concernant les enjeux éthiques de cette pratique auprès des aînés ainsi que les pistes de solution des ergothérapeutes pour surmonter ces enjeux éthiques. **Objectifs :** Cette recherche vise à décrire les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des personnes âgées et à explorer les pistes de solution des ergothérapeutes pour surmonter ces enjeux. **Cadre conceptuel :** Le concept de valeur, la notion d'enjeu éthique selon le modèle de décision éthique de Swisher et ses collaborateurs (2005) ainsi que les composantes théoriques issues de l'écologie du développement humain (Bronfenbrenner, 1979) ont guidé la réalisation de cette recherche. **Méthode :** Un devis d'inspiration phénoménologique (Husserl, 1970, 1999) a orienté cette recherche. Des entrevues qualitatives individuelles semi-structurées ont été effectuées auprès de neuf ergothérapeutes du Québec qui travaillent en soutien à domicile auprès d'aînés. L'analyse qualitative des données a été réalisée selon la méthode de Giorgi (1997). **Résultats :** Les résultats obtenus à l'égard du premier objectif de recherche révèlent des enjeux éthiques vécus par les participants ayant diverses sources. Les participants rencontrent des enjeux éthiques relatifs à la vulnérabilité de la clientèle, à la complexité de la communication et de la collaboration dans la pratique, aux limites et aux exigences organisationnelles du contexte de pratique ainsi qu'à la nature des services d'ergothérapie. De nombreuses valeurs peuvent être compromises à travers ces enjeux éthiques, telles que l'autonomie, l'approche centrée sur le client, l'accessibilité aux services, la justice, le bien-être, la sécurité et le consentement. Les résultats obtenus en lien avec le deuxième objectif de recherche lèvent le voile sur différentes pistes de solutions actualisées ou envisagées par les participants pour surmonter ces enjeux éthiques. Celles-ci sont relatives soit à l'ontosystème, au microsystème, au mésosystème ou au macrosystème. **Discussion :** Des tabous sont présents à l'égard des personnes vieillissantes, particulièrement en ce qui a trait au suicide et à la nudité. Aussi, certaines divergences peuvent exister entre les vécus des participants quant aux enjeux éthiques selon leur nombre d'années d'expérience dans la pratique. Également, un sentiment d'impuissance pour surmonter les enjeux éthiques peut sous-tendre la différence entre les pistes de solution qui sont actualisées et celles qui sont envisagées selon les niveaux systémiques. **Conclusion :** Cette recherche permet de frayer un chemin pour la poursuite du développement des connaissances en éthique quant à la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des aînés. Notamment, les facteurs favorables et défavorables à la résolution des enjeux éthiques vécus par les ergothérapeutes pourraient être étudiés. Également, puisque cette recherche a été réalisée pendant la période transitoire de la dernière réforme du système de santé et des services sociaux, il serait pertinent de se pencher sur les conséquences de cette réforme par rapport aux enjeux éthiques de cette pratique.

**Mots-clés :** ergothérapie, domicile, personnes âgées, aînés, enjeux éthiques, pistes de solution



## ABSTRACT

**Problematic:** The impact of the aging population in Quebec on occupational therapy services in home support suggests new ethical issues (OEQ, 2017). Significant gaps are identified in the literature on the ethical issues of this practice among seniors, as well as the solutions that occupational therapists can offer to overcome these ethical issues. **Objectives:** This research aims to describe the ethical issues involved in the practice of occupational therapy in home support for seniors and to explore ways in which occupational therapists can overcome these ethical issues. **Conceptual framework:** The concept of value, the notion of ethical issue according to the ethical decision-making model of Swisher et al. (2005), as well as the theoretical components derived from the ecology of human development (Bronfenbrenner, 1979) guided the conduct of this research. **Method:** A phenomenologically inspired design (Husserl, 1970, 1999) guided this research. Individual semi-structured qualitative interviews were conducted with nine occupational therapists in Quebec who work as home support workers with seniors. The qualitative analysis of the data was carried out using the Giorgi (1997) method. **Results:** The results obtained for the first research objective raise ethical issues experienced by participants in relation to various sources. Participants encounter ethical issues related to client vulnerability, the complexity of communication and collaboration in practice, the organizational limitations and requirements of the practice context, and the nature of occupational therapy services. Many values can be compromised through these ethical issues, such as autonomy, client-centred approach, accessibility to services, justice, well-being, safety and consent. The results obtained in relation to the second research objective raise different avenues of solutions updated or considered by participants to overcome these ethical issues. These are related to either the ontosystem, microsystem, mesosystem or macrosystem. **Discussion:** There are taboos against aging people, particularly regarding suicide and nudity. In addition, some differences may exist between participants' experiences of ethical issues based on their years of experience in practice. Also, a sense of powerlessness to overcome ethical issues may underlie the difference between the solutions that are being updated and those that are being considered at systemic levels. **Conclusion:** This research is paving the way for the further development of ethical knowledge about the practice of occupational therapy in home support for seniors. Especially, factors favourable and unfavourable to the resolution of ethical issues experienced by occupational therapists could be studied. Also, since this research was carried out during the transitional period of the last reform of the health and social services system, it would be relevant to examine the consequences of this reform in relation to the ethical issues of this practice.

**Key words:** occupational therapy, elderly, seniors, home, ethical issues, avenues of solutions



## 1. INTRODUCTION

Au Québec, le phénomène démographique qu'est le vieillissement de la population est déjà connu depuis plusieurs années (Gouvernement du Québec, 2017; Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2016). De même, il est prévu que l'avancement en âge de la population se poursuivra dans le temps (Gouvernement du Québec, 2017; ISQ, 2016). Ainsi, les besoins de soins de santé et de services sociaux suivent cette même tendance à la hausse, en lien avec les problématiques de santé qui accompagnent le vieillissement des individus (Fülöp, 2007; ISQ, 2013). De manière plus spécifique, une hausse de la demande de services de soutien à domicile est prévisible, considérant les souhaits des personnes vieillissantes<sup>1</sup> de maintenir une qualité de vie satisfaisante, tout en demeurant à leur domicile (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2011; Gouvernement du Québec, 2012; Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2017). Ce faisant, les professionnels de la santé ont la responsabilité de répondre aux besoins croissants des personnes âgées<sup>1</sup> à leur domicile. Les ergothérapeutes ont un rôle significatif au sein de l'offre de ces services de soutien à domicile (OEQ, 2017). Toutefois, ce rôle professionnel n'est pas exempt d'enjeux éthiques (OEQ, 2017).

Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie s'avèrent peu documentés (Bushby et al., 2015) et cela est d'autant plus vrai en ce qui concerne les enjeux éthiques de la pratique de la profession en soutien à domicile auprès des aînés. Il en est de même pour les pistes de solution pour aborder de manière souhaitable ces enjeux. Il s'ensuit que ce projet de recherche vise à développer les connaissances quant aux enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des personnes âgées, laquelle est amenée à se développer en considérant la hausse des besoins dans ce domaine. Aussi, les pistes de solution des ergothérapeutes pour surmonter ces enjeux éthiques sont explorées.

Cet essai critique expose tout d'abord la problématique à l'origine de la recherche. Ensuite, les concepts phares de cette étude sont présentés dans la section consacrée au cadre conceptuel de l'étude, laquelle est suivie d'une description des méthodes utilisées pour répondre aux questions de recherche et ainsi atteindre les objectifs visés. Pour finir, les résultats obtenus dans le cadre de

---

<sup>1</sup> Les appellations suivantes sont employées dans ce manuscrit et représentent des synonymes interchangeables : personnes vieillissantes, personnes âgées, personnes âgées, aînés, clients âgés.

cette étude sont exposés, suivis d'une discussion des résultats qui précise également les forces, les limites et les retombées potentielles de l'étude. Les annexes contiennent des documents ayant servi à mener la recherche.

## **2. PROBLÉMATIQUE**

La présente section expose la problématique qui a mené à cette recherche. D'abord, une mise en contexte abordant le vieillissement de la population et ses effets sur les soins de santé et les services sociaux est articulée. Par la suite, un portrait de la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des aînés est dressé, suivi de la présentation des écrits recensés portant sur les enjeux éthiques de cette pratique. Également, des pistes de solution à ces enjeux éthiques sont exposées en fonction des écrits existants. Pour terminer, les questions et les objectifs de cette étude ainsi que sa pertinence sont spécifiés.

### **2.1. Vieillesse et besoins en termes de soins de santé et de services sociaux**

D'abord, au Québec, le vieillissement accéléré de la population représente un phénomène démographique bien documenté (Gouvernement du Québec, 2017; ISQ, 2016). D'autres phénomènes sont à l'origine du vieillissement accéléré de la population, soit la diminution du taux de natalité, les progrès dans le domaine des sciences et technologies ainsi que l'évolution positive des conditions de vie (Gouvernement du Québec, 2012). Il est d'ailleurs estimé que l'augmentation de la proportion de personnes âgées au Québec se poursuivra dans le temps (Gouvernement du Québec, 2017; ISQ, 2016). En effet, les personnes âgées de 65 ans et plus devraient représenter près de 26% de la population québécoise en 2031, alors que la proportion de personnes se situant dans cette même tranche d'âge était de 14% en 2006 et entre 12 et 13% à la fin des années 1990 (Gouvernement du Québec, 2017; ISQ, 2016).

Ensuite, le déclin des capacités physiques et cognitives en parallèle avec l'avancement en âge s'avère inévitable pour tout être humain, bien que ce déclin se manifeste de manière différente selon chaque individu et qu'il puisse être jumelé ou non à la maladie (Fülöp, 2007). En ce sens, des résultats tirés de *l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011* indiquent que l'avancement en âge est associé à la croissance du taux d'incapacité (ISQ, 2013). Cette enquête révèle que celui-ci se situe à 57% chez les personnes âgées de 65 ans et plus, comparativement à 28% chez les personnes âgées de 15 à 64 ans (ISQ, 2013). Chez les personnes âgées de 85 ans et plus, le taux d'incapacité grimpe à 84% (ISQ, 2013). De plus, les incapacités qualifiées de modérées et de graves apparaissent en plus grande proportion chez les

âînés de 65 ans et plus, comparativement avec les personnes âgées de 15 à 64 ans (ISQ, 2013). De manière plus spécifique, les types d'incapacité les plus fréquents chez le groupe d'âge de 65 ans et plus touchent majoritairement l'agilité et la mobilité, mais également l'audition et la mémoire (ISQ, 2013). Enfin, il est important de considérer que cette enquête concerne la portion de la population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Ainsi, malgré les diverses atteintes qui peuvent être associées au processus de vieillissement et limiter le degré d'autonomie des personnes âgées qui vivent dans leur domicile, ces dernières souhaitent majoritairement continuer à y vivre, mais aussi avoir des conditions de vie satisfaisantes (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2011; Gouvernement du Québec, 2012; OEQ, 2017). Par conséquent, cela est cohérent avec l'augmentation du nombre d'utilisateurs et d'interventions des services de soutien à domicile de 2005 à 2010 (Gouvernement du Québec, 2012). De même, la politique *Vieillir et vivre ensemble* adoptée au Québec en 2012 souligne les besoins importants liés au soutien à domicile (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2011). En effet, les demandes quant aux soins de santé et aux services sociaux à domicile auprès des âgés s'avèrent croissantes dans le contexte actuel, au Québec. Ceux-ci comprennent les services d'ergothérapie, lesquels occupent une place importante dans le domaine du soutien à domicile des personnes âgées (OEQ, 2017).

## **2.2. Pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des personnes âgées**

Les objectifs qui sont à la base des services d'ergothérapie en soutien à domicile auprès des personnes âgées sont de nature globale. Ils visent notamment à optimiser l'autonomie fonctionnelle dans les activités quotidiennes et significatives, à favoriser la participation dans la communauté ainsi qu'à promouvoir la santé et la bien-être (De Coninck et al., 2017; OEQ, 2017). Ainsi, les services d'ergothérapie en soutien à domicile auprès des âgés peuvent toucher à une vaste étendue de sujets de pratique et impliquer diverses activités professionnelles (OEQ, 2017).

En effet, la prévention des chutes et la résolution des enjeux d'accessibilité représentent des activités professionnelles que les ergothérapeutes peuvent réaliser auprès des personnes âgées dans la communauté, par l'entremise notamment de l'évaluation des risques de chute et de l'adaptation de l'environnement naturel ou bâti (De Coninck et al., 2017; Hébert, Maheux, & Potvin, 2002; OEQ, 2017). En ce sens, les ergothérapeutes peuvent aussi exercer des activités dans le

domaine des aides techniques, des équipements et des technologies, par le biais de l'enseignement et de l'entraînement à leur utilisation (De Coninck et al., 2017; Hébert et al., 2002; OEQ, 2017; Steultjens et al., 2004). Également, les troubles neurocognitifs et les troubles de santé mentale peuvent faire l'objet de l'attention des ergothérapeutes pratiquant à domicile auprès des personnes âgées, sous l'angle de leurs impacts fonctionnels (Hébert et al., 2002; OEQ, 2017). De plus, le dépistage et la réalisation d'évaluations fonctionnelles sont compris dans ces services de soutien à domicile (OEQ, 2017). Également, les ergothérapeutes œuvrant auprès des personnes âgées à domicile peuvent être appelés à offrir du soutien aux proches aidants (Hébert et al., 2002; OEQ, 2017; Steultjens et al., 2004), étant donné la contribution indéniable de ces derniers au soutien à domicile des personnes âgées (ISQ, 2016). La conduite automobile est un autre aspect pouvant être compris dans le mandat des ergothérapeutes dans ce contexte de pratique, notamment par l'évaluation des habiletés requises pour conduire un véhicule routier et l'optimisation de ces habiletés en vue de la poursuite de cette occupation de manière sécuritaire (OEQ, 2012). Enfin, d'autres exemples d'activités professionnelles que les ergothérapeutes peuvent réaliser à domicile auprès des personnes âgées sont la prévention et le traitement des plaies et la gestion de l'usage de mesures de contrôle (OEQ, 2017).

Ces exemples illustrent la variété des activités professionnelles qui composent les services d'ergothérapie en soutien à domicile auprès des aînés, lesquels s'avèrent orientés par diverses valeurs professionnelles. Notamment, l'approche centrée sur le client, l'autodétermination, la signifiante occupationnelle, la collaboration, la qualité de vie et le bien-être sont des valeurs qui guident cette pratique (De Coninck et al., 2017; OEQ, 2017). Cependant, à la lumière du portrait de la population vieillissante au Québec et des retombées de ce phénomène sur les services d'ergothérapie en soutien à domicile, des doutes quant à la possibilité pour les ergothérapeutes d'actualiser ces valeurs sont soulevés. En effet, le contexte québécois actuel peut engendrer des situations où les valeurs des ergothérapeutes sont mises en péril. Il s'ensuit que de nouveaux enjeux éthiques dans la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des aînés sont susceptibles d'être vécus par les ergothérapeutes qui exercent dans ce domaine (OEQ, 2017).

### **2.3. Recension des écrits sur les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des aînés**

À ce jour, quelques écrits touchent à la fois le domaine de l'éthique, des services de soutien à domicile auprès des aînés et de l'ergothérapie. Parmi ceux-ci, une étude phénoménologique réalisée en Norvège, dans laquelle les ergothérapeutes représentent moins du quart des participants, présente divers aspects contextuels des services de soutien à domicile auprès des aînés qui soulèvent des enjeux éthiques (Vik & Eide, 2012). Ensuite, une étude ethnographique effectuée aux États-Unis auprès de proches aidants d'aînés dans le but d'approfondir les dilemmes éthiques qu'ils rencontrent permet d'en explorer les implications en ergothérapie (Risteen Hasselkus, 1991). Également, le concept d'exclusion sociale est exploré dans une étude de cas ciblant des intervenants pratiquant dans le domaine des soins palliatifs à domicile, dont une minorité est constituée d'ergothérapeutes (Hébert et al., 2011). Enfin, deux textes d'opinion abordent des enjeux éthiques en lien avec, respectivement, le contexte du système de santé aux États-Unis (Wells, 2007) et l'utilisation potentielle de technologies de surveillance à distance auprès de personnes ayant un diagnostic de démence (Angleterre) (Plastow, 2006).

Il est possible d'interpréter et de soulever indirectement des enjeux éthiques à partir de certains écrits qui sont en lien avec la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des personnes âgées, sans que ceux-ci adoptent une perspective éthique. Parmi ces écrits, une recherche à devis mixte s'est penchée sur la perception des aînés en situation de handicap vivant à domicile, en Suède, quant à leurs besoins de réadaptation, leur utilisation de technologie d'assistance et leur soutien social (Lilja, Bergh, Johansson, & Nygard, 2003). Deux autres écrits consistent à des études qualitatives visant à explorer les enjeux, les facilitateurs et les obstacles à l'implantation d'interventions de prévention et de promotion auprès de personnes âgées à domicile, dont l'une d'entre elles provient du Québec (Turcotte, Carrier, Desrosiers, & Levasseur, 2015) et l'autre d'Australie (Clemson, Donaldson, Hill, & Day, 2014). Une étude de cas ayant pour but de déterminer les facteurs favorables et défavorables à l'observance des aidants de personnes ayant la maladie d'Alzheimer face aux recommandations d'adaptations domiciliaires en ergothérapie aux États-Unis a été recensée (Sheldon & Teaford, 2002). Enfin, deux études qualitatives ont permis, respectivement, de documenter les facilitateurs et les barrières à la



conduite d'évaluations de l'aptitude à gérer ses biens et sa personne à domicile en Angleterre (Cliff & McGraw, 2016) et d'explorer les conséquences de la délégation des tâches sur la qualité des soins et des services offerts à domicile aux personnes âgées en Ontario (Denton, Brookman, Zeytinoglu, Plenderleith, & Barken, 2015). Dans ces deux dernières études, les ergothérapeutes représentent moins du quart des participants.

### **2.3.1. Choix et comportements des clients**

Certains de ces écrits abordent des décisions et des agissements de clients qui vont à l'encontre des valeurs et des recommandations des ergothérapeutes (Clemson et al., 2014; Cliff & McGraw, 2016; Hébert et al., 2011; Lilja et al., 2003; Turcotte et al., 2015; Vik & Eide, 2012). Par exemple, l'engagement des clients dans les services d'ergothérapie peut être faible en lien avec le fait qu'ils ne perçoivent pas leurs besoins, tels que perçus par les ergothérapeutes (Clemson et al., 2014; Lilja et al., 2003), ou qu'ils ne sont pas enclins à réaliser des changements dans leur quotidien (Lilja et al., 2003; Turcotte et al., 2015). Ainsi, les valeurs prônées par les ergothérapeutes, comme l'autonomie fonctionnelle et décisionnelle, la sécurité et l'engagement occupationnel, sont à risque d'être compromises.

### **2.3.2. Environnement social des clients**

L'étude de Risteen Hasselkus (1991) suggère que le refus ou la non-observance des recommandations en ergothérapie de la part des proches s'explique notamment par des conflits de valeurs entre leurs valeurs et celles des ergothérapeutes. Dans le même sens, la culture familiale peut diverger de celle que l'ergothérapeute a l'habitude de rencontrer (Clemson et al., 2014). En outre, l'application des recommandations en ergothérapie par les proches de l'aîné est limitée lorsque ceux-ci ne perçoivent pas qu'ils en ont besoin ou qu'ils ne sont pas convaincus de leur efficacité (Sheldon & Teaford, 2002).

De même, les ergothérapeutes peuvent ressentir de la pression de la part des proches à l'égard de l'offre de services lorsque ces derniers tendent à déformer la réalité quant aux besoins et aux habiletés des clients (Cliff & McGraw, 2016; Vik & Eide, 2012). D'ailleurs, les conflits familiaux découlant d'attentes divergentes entre la personne aînée et les proches peuvent être la source

d'enjeux éthiques vécus par les ergothérapeutes (Vik & Eide, 2012). Ainsi, l'actualisation d'une approche centrée sur les clients et sur l'autonomie peut être limitée. Dans la même optique, une étude de Hébert et ses collaborateurs (2011) rapporte que, souvent, les proches des personnes âgées ne leur divulguent pas le diagnostic et le pronostic. De manière semblable, une étude de Cliff et McGraw (2016) rapporte que des proches impliquent peu les personnes âgées dans les processus décisionnels. Ces façons d'agir des proches ne respectent pas le droit des personnes âgées à avoir l'information sur leur santé et, ultimement, leur droit à une autonomie décisionnelle qui soit éclairée par l'ensemble des informations pertinentes.

### **2.3.3. Services d'ergothérapie en soutien à domicile auprès des aînés**

Plastow (2006) rapporte que les interventions en ergothérapie impliquant l'utilisation de technologies de surveillance sont liées à des questionnements éthiques, car elle est susceptible de compromettre la liberté, la dignité et la vie privée des aînés (Plastow, 2006). Par ailleurs, les connaissances et les habiletés limitées des ergothérapeutes en matière de prévention et de promotion auprès des personnes âgées sont des obstacles à l'actualisation de ces pratiques (Turcotte et al., 2015). De même, les compétences, les perceptions et les valeurs des ergothérapeutes peuvent influencer la qualité et l'objectivité des évaluations fonctionnelles visant à statuer sur l'aptitude des clients à prendre des décisions et à agir pour eux-mêmes (Cliff & McGraw, 2016).

### **2.3.4. Facteurs organisationnels de la pratique**

Vik et Eide (2012) mettent en lumière l'insuffisance de ressources pour répondre aux besoins individuels des personnes âgées ainsi que la surcharge de travail administratif, qui restreignent le temps accordé aux services directs aux clients (Vik & Eide, 2012). Ce faisant, la relation thérapeutique, la collaboration avec les proches et les autres professionnels et, ultimement, la participation optimale de la personne âgée sont menacées (Vik & Eide, 2012). De même, les pratiques préventives et de promotion de la santé à domicile auprès des aînés sont limitées par la hausse de la demande en ergothérapie, les ressources limitées et les priorités organisationnelles non axées sur la prévention (Clemson et al., 2014; Turcotte et al., 2015). De fait, l'implantation des

meilleures pratiques et la promotion des occupations significantes s'avèrent difficiles à mettre en œuvre (Clemson et al., 2014; Turcotte et al., 2015). Wells (2007) identifie un autre enjeu éthique relatif aux critères de couverture d'assurances américaines, qui nuisent à une approche centrée sur les besoins des clients âgés. L'étude de Hébert et ses collaborateurs (2011) expose un enjeu éthique soulevé par une offre de services plus rapide, plus intensive et plus flexible pour les soins palliatifs à domicile, ce qui remet en question le principe de la justice. Enfin, le transfert de certaines des tâches des ergothérapeutes à d'autres intervenants à domicile est identifié comme une pratique pouvant compromettre la qualité des services offerts aux aînés, en Ontario (Denton et al., 2015).

#### **2.4. Enjeux éthiques des soins de santé et des services sociaux à domicile**

Plusieurs écrits rapportent la présence d'enjeux éthiques, notamment en sciences infirmières (Berland, Holm, Gundersen, & Bentsen, 2012; Bjornsdottir, 2009; Choe, Kim, & Lee, 2015; Garcia, 2006; Grace & Hardt, 2008), en service social (Healy, 1998, 2003; Kadushin & Egan, 2002; Linzer, 2002) et en médecine (Oude Engberink et al., 2017). En sciences infirmières, de nombreux enjeux éthiques sont décrits, impliquant entre autres la sécurité, la pratique compétente, la qualité et l'accessibilité des soins ainsi que la qualité de vie. Ces enjeux sont reliés tant aux clients, à la communication intradisciplinaire, qu'à l'offre et à l'organisation des soins de santé. En travail social, des valeurs comme le bien-être des clients et des proches, la sécurité, l'autonomie décisionnelle, la justice et la dignité sont mises de l'avant. Les enjeux éthiques soulevés sont majoritairement liés à la détermination de l'aptitude des aînés à prendre des décisions et à agir pour soi-même. En médecine, une étude phénoménologique ciblant la pratique des médecins généralistes à domicile en regard de l'approche centrée sur le client dans un contexte de soins palliatifs a été recensée (Oude Engberink et al., 2017). Finalement, un article incluant ces trois disciplines présente des enjeux éthiques dans le contexte d'un programme spécifique à la psychiatrie auprès des aînés dans la communauté (Blass et al., 2006). Notamment, cet article aborde la notion de coûts-bénéfices concernant l'offre de services auprès des personnes âgées ayant une capacité limitée à prendre soin d'elles-mêmes, en lien avec les ressources limitées et le respect de l'autonomie décisionnelle.

En bref, cette recension des écrits met en lumière que les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des aînés sont peu documentés, d'autant plus au Québec. Il faut dire que les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en général sont peu documentés, à ce jour, comme l'observent Bushby et ses collaborateurs (2015). À partir de ce constat, il est plausible de penser que la même situation s'applique concernant les stratégies adoptées par les ergothérapeutes pour surmonter les enjeux éthiques de cette pratique.

## **2.5. Pistes de solutions aux enjeux éthiques en soutien à domicile auprès des aînés**

Il est possible d'inférer des pistes de solution à partir d'écrits qui ciblent la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des aînés. Certains adoptent un angle éthique (Risteen Hasselkus, 1991; Vik & Eide, 2012; Wells, 2007), alors que d'autres sont de nature clinique (Cliff & McGraw, 2016; Sheldon & Teaford, 2002). Autrement, certaines pistes de solution pour aborder les enjeux éthiques sont mises de l'avant dans l'étude de Kinsella, Park, Appiagyei, Chang et Chow (2008), bien que celle-ci cible des étudiants et diverses pratiques en ergothérapie.

Premièrement, le fait d'orienter sa pratique en parallèle avec ses valeurs et ses convictions personnelles et professionnelles est identifié comme un élément qui tend à favoriser la motivation des professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes, bien que cela puisse impliquer de ne pas respecter formellement les exigences et les procédures organisationnelles des services (Vik & Eide, 2012). Aussi, Wells (2007) présente une façon d'orienter globalement la réflexion de l'ergothérapeute qui rencontre un enjeu éthique.

Deuxièmement, la collaboration interdisciplinaire est soulignée comme un facteur aidant dans le contexte de l'évaluation de l'aptitude des clients à prendre des décisions et à agir pour eux-mêmes (Cliff & McGraw, 2016), car cela permet un processus décisionnel partagé ainsi que des échanges quant aux savoirs et aux compétences des différents membres de l'équipe (Cliff & McGraw, 2016). De façon similaire, l'étude de Kinsella et ses collaborateurs (2008) souligne que l'application de pratiques interdisciplinaires peut contribuer à réduire les conflits de valeurs entre les différents professionnels. Également, la collaboration entre les ergothérapeutes et les proches des clients est soulignée comme un facteur favorable au déroulement des services d'ergothérapie (Risteen Hasselkus, 1991; Sheldon & Teaford, 2002). L'adoption d'une approche collaborative avec

les proches des clients peut impliquer de faire de l'enseignement pour répondre aux inquiétudes de ceux-ci et de tenir compte de leurs valeurs et de leurs croyances dans les services d'ergothérapie (Risteen Hasselkus, 1991). La collaboration avec les proches fait aussi référence à l'établissement d'un lien de confiance et à une façon de communiquer qui est claire et adaptée aux besoins des aidants (Sheldon & Teaford, 2002).

Troisièmement, la formation des étudiants en ergothérapie sur les politiques de santé pourrait leur permettre d'offrir une plus grande contribution et d'avoir une plus grande influence sur l'organisation des soins de santé et des services sociaux, et donc sur la pratique de l'ergothérapie (Kinsella et al., 2008). Dans le même ordre d'idée, la formation des étudiants en ergothérapie ciblant le développement de leurs habiletés de revendication pour les clients représente une piste de solution aux conflits de valeurs rencontrés (Kinsella et al., 2008). Aussi, l'intégration de l'interdisciplinarité dans la formation des ergothérapeutes serait un moyen de prévenir le plus possible les incongruences entre les valeurs des différents professionnels (Kinsella et al., 2008).

## **2.6. Questions et objectifs de la recherche**

Étant donné l'état des connaissances limité sur les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des personnes âgées et les pistes de solution associées, les questions à l'origine de cette recherche sont les suivantes : Quels enjeux éthiques rencontrent, le cas échéant, les ergothérapeutes pratiquant à domicile auprès des aînés? Comment surmontent-ils ou envisagent-ils de surmonter de tels enjeux éthiques?

Afin de répondre à ces questions, deux objectifs de recherche sont visés. Premièrement, cette étude vise à décrire les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des personnes âgées, tels que perçus par des ergothérapeutes assurant ces services. Deuxièmement, elle vise à explorer les manières dont les ergothérapeutes négocient ces enjeux éthiques et les pistes de solution qu'ils envisagent ou qu'ils suggèrent à cet effet.

## **2.7. Pertinence de la recherche**

### **2.7.1. Pertinence scientifique**

De façon générale, une faible quantité d'études possédant un caractère empirique de qualité porte sur les enjeux éthiques rencontrés dans la pratique des ergothérapeutes, tout champ de

pratique confondu (Bushby, Chan, Druif, Ho, & Kinsella, 2015). En se penchant de manière spécifique sur la pratique à domicile auprès des personnes âgées, une importante lacune est constatée dans les écrits recensés en ce qui a trait aux enjeux éthiques de cette pratique.

Un bon nombre d'écrits rattachés au domaine de l'éthique ciblent plutôt les sciences infirmières (Berland et al., 2012; Bjornsdottir, 2009; Blass & coll., 2006; Choe et al., 2015; Garcia, 2006; Grace & Hardt, 2008) et les services sociaux (Blass & coll., 2006; Healy, 1998, 2003; Kadushin & Egan, 2002; Linzer, 2002) à domicile auprès des aînés. En ce qui a trait aux rares écrits adoptant une perspective éthique envers les services de soutien à domicile dispensés en ergothérapie auprès des personnes âgées, ceux-ci proviennent majoritairement d'autres pays : Norvège (Vik & Eide, 2012), États-Unis (Risteen Hasselkus, 1991; Wells, 2007) et Angleterre (Plastow, 2006). Également, ils représentent minoritairement l'ergothérapie par rapport à d'autres disciplines (Hébert et al., 2011; Vik & Eide, 2012).

Également, une absence d'étude ayant pour visée d'explorer et de documenter les pistes de solution adoptées par les ergothérapeutes pour surmonter les enjeux éthiques qu'ils vivent dans leur pratique est notée (Bushby et al., 2015), ce qui inclut la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des aînés. Les écrits existants soulignent plutôt des possibilités et des suggestions afin de surmonter les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie de manière implicite (Cliff & McGraw, 2016; Risteen Hasselkus, 1991; Sheldon & Teaford, 2002; Vik & Eide, 2012; Wells, 2007). En somme, cette étude est pertinente scientifiquement, car elle permettra de développer les connaissances sur les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile et les manières de résoudre ces enjeux d'une manière souhaitable sur le plan de l'éthique.

### **2.7.2. Pertinence professionnelle**

Il est reconnu que les enjeux éthiques peuvent engendrer de la détresse éthique chez ceux qui les vivent (Edwards & Durette, 2010; Källemark, Höglund, Hansson, Westerholm, & Arnetz, 2003; Swisher, Arslanian, & Davis, 2005). Cela dit, les ergothérapeutes travaillant à domicile auprès des personnes âgées sont exposés à un risque d'épuisement professionnel pouvant découler partiellement ou entièrement de cette détresse fréquente et non résolue (Severinsson, 2003). Il importe de porter un éclairage sur les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en soutien

à domicile auprès des aînés afin d'orienter les manières de résoudre ces enjeux, de façon à prévenir ou à diminuer la détresse éthique pouvant découler de la non-résolution ou de la mauvaise résolution des enjeux éthiques de cette pratique. Sur ce sujet, Bushby et ses collaborateurs (2015) considèrent qu'il importe que les ergothérapeutes soient conscients des enjeux éthiques de leur pratique et qu'ils les comprennent bien, car cela est favorable à l'élaboration et à la mise en place de pistes de solution pertinentes. De façon similaire, l'exploration des manières actualisées et envisagées pour surmonter et négocier les enjeux éthiques vécus par les ergothérapeutes pratiquant à domicile auprès des personnes âgées est essentielle pour prévenir et réduire la détresse éthique vécue par les ergothérapeutes œuvrant à domicile.

### **2.7.3. Pertinence sociale**

Les conséquences des enjeux éthiques peuvent non seulement atteindre les ergothérapeutes, mais également la gestion des soins de santé et des services sociaux. En effet, l'insatisfaction professionnelle ressentie par les ergothérapeutes en lien avec la détresse éthique et l'épuisement au travail met en péril la stabilité du personnel, lequel est tributaire de l'offre des soins de santé et des services sociaux (Kim & Stoner, 2008). Il s'ensuit des répercussions négatives sur la qualité des services d'ergothérapie en soutien à domicile auprès des clients âgés, en considérant les possibles impacts négatifs des enjeux éthiques tant sur les ergothérapeutes que sur la stabilité des instances de santé et de services sociaux (Aiken et al., 2001). En effet, puisque la détresse vécue par les ergothérapeutes est susceptible d'affecter négativement la qualité des services prodigués par ces professionnels (Drolet et Goulet, 2018), il importe de mettre en place des moyens efficaces afin de résoudre les enjeux éthiques de cette pratique. Pour y parvenir, il est essentiel de documenter les enjeux éthiques et leurs solutions.

Enfin, le vieillissement de la population (Gouvernement du Québec, 2017; ISQ, 2016), l'augmentation prévisible du nombre d'aînés demeurant à leur domicile (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2011; Gouvernement du Québec, 2012; OEQ, 2017) et les besoins grandissants liés aux services de soutien à domicile (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2011) sont des enjeux majeurs au Québec. Une demande croissante et continue en regard des services d'ergothérapie en soutien à domicile auprès

des personnes âgées au Québec est donc nettement envisageable, d'où la pertinence de s'y attarder dans le cadre de ce projet d'intégration, et ce, en adoptant une lunette éthique.



### **3. CADRE CONCEPTUEL**

Dans la présente section, les principaux concepts qui ont orienté la réalisation de cette étude sont décrits. Ceux-ci servent de trame de fond à la démarche de recherche afin de respecter le caractère inductif de l'étude, donc le discours des participants quant au phénomène étudié. De façon plus spécifique, une définition du concept de valeur est présentée, la notion d'enjeu éthique est explicitée selon le modèle de décision éthique de Swisher et ses collaborateurs (2005), de même que les composantes théoriques issues de l'écologie du développement humain de Bronfenbrenner (1979) sont expliquées.

#### **3.1. Concept de valeur**

Une valeur est un concept abstrait qui est associé à l'éthique (Drolet, 2014), voire un concept abstrait de nature évaluative et non descriptive. En ce sens, une valeur sert de fondement en vue de considérer et d'évaluer à partir d'un angle éthique une attitude, une action, un comportement ou encore un événement (Drolet, 2014). Elle est le repère à partir duquel une critique éthique peut être formulée. Ainsi, les valeurs représentent des orientations générales et non prescriptives qui tendent vers ce qui est souhaitable et idéal (Legault, 2008; Massé, 2003). De façon plus concrète, les valeurs transparaissent dans les attitudes, les motivations et les actions d'une personne (Drolet, 2014). Ce concept peut également être présenté selon différentes perspectives en l'appliquant à l'ergothérapie. Plus précisément, une valeur peut être de nature personnelle, professionnelle, institutionnelle et sociale (Drolet, 2014).

Premièrement, les valeurs personnelles sont celles qui sont propres à la personne, antérieures à son rôle d'ergothérapeute. Elles se définissent en grande partie en fonction des facteurs contextuels qui composent l'environnement d'une personne comme la famille et la religion (Drolet et Sauvageau, 2016). Également, les valeurs personnelles contribuent à construire le sentiment identitaire d'un individu.

Deuxièmement, chaque profession est caractérisée et orientée par des valeurs phares, soit les valeurs professionnelles (Drolet et Sauvageau, 2016). Ainsi, les valeurs propres à l'ergothérapie peuvent se greffer aux valeurs personnelles de l'ergothérapeute. En ce sens, lorsque les valeurs de

l'ergothérapeute sont en cohérence avec les valeurs qui sont soutenues par la profession d'ergothérapie, cela lui permet d'être en harmonie avec l'exercice de son rôle professionnel (Drolet, 2014).

Troisièmement, les valeurs institutionnelles représentent celles qui sont propres aux organisations où les ergothérapeutes exercent leur profession (Drolet, 2014). Ces valeurs représentent donc une source potentielle d'influence sur les valeurs personnelles et professionnelles de l'ergothérapeute (Drolet et Sauvageau, 2016). La façon dont les valeurs personnelles et professionnelles de l'ergothérapeute se manifestent au cœur de sa pratique peut donc être teintée par les valeurs de son milieu de travail. D'ailleurs, le milieu de travail de l'ergothérapeute représente la première source d'influence sur ses valeurs professionnelles, alors que son parcours académique est une seconde source d'influence (Drolet et Sauvageau, 2016).

Quatrièmement, la société et les groupes d'appartenance de l'ergothérapeute sont également porteurs de valeurs qui leur sont propres (Drolet, 2014). De fait, ces valeurs sociales peuvent exercer à leur tour une influence plus ou moins importante sur les valeurs personnelles et professionnelles de l'ergothérapeute ainsi que sur les valeurs des milieux dans lesquels l'ergothérapeute exerce la profession. Bien que ces valeurs puissent être plus difficilement perceptibles et explicites en considérant qu'elles sont sous-jacentes à la culture et aux mouvements sociaux, elles sont tout aussi importantes d'un point de vue éthique.

### **3.2. Notion d'enjeu éthique**

Le *Realm-Individual-Process-Situation (RIPS) Model of Ethical Decision-Making* (Swisher et al., 2005) représente une référence pertinente et utile en vue de définir le concept d'enjeu éthique, lequel est central au premier objectif de cette étude. Ce modèle est issu de la discipline de la physiothérapie et est voué à la démarche décisionnelle en éthique. Comme la discipline de l'ergothérapie présente de nombreuses similitudes avec celle de la physiothérapie, les construits théoriques proposés par le modèle RIPS s'avèrent transposables au contexte de cette étude. La définition présentée dans ce modèle fait preuve d'exhaustivité à travers une typologie se divisant en quatre catégories d'enjeux éthiques. De plus, cette typologie permet de concrétiser plus

facilement le concept d'enjeu éthique, ce qui en facilite la transposition dans les contextes réels des ergothérapeutes.

Swisher et ses collaborateurs (2005) identifient d'abord l'enjeu éthique comme le concept « mère » de la typologie. Celui-ci représente toute situation où au moins une valeur est à risque d'être non respectée, ce qui en fait un concept très global, d'où la pertinence d'avoir défini plus tôt le concept de valeur. Par la suite, tel que mentionné précédemment, l'enjeu éthique peut être précisé selon quatre types, soit le dilemme éthique, la tentation éthique, le silence éthique et la détresse éthique.

Le dilemme éthique est rencontré lorsque l'ergothérapeute vit une situation impliquant au moins deux valeurs légitimes qui se confrontent. Ainsi, ce type d'enjeu éthique comprend tant l'actualisation de valeurs souhaitables que le non-respect de certaines autres valeurs, tout aussi légitimes. Le processus décisionnel s'avère donc particulièrement complexe, car le professionnel est déchiré entre plusieurs options souhaitables d'un point de vue éthique.

La tentation éthique est associée à une situation qui met en contraste au moins une valeur souhaitable (valeur positive) et au moins une valeur non souhaitable (valeur négative). Dans ce type d'enjeu éthique, la priorisation de la valeur non souhaitable peut être particulièrement considérée par l'ergothérapeute en raison de l'apport potentiel de bénéfices personnels découlant de ce choix. Le conflit d'intérêt est l'exemple patent de ce type d'enjeu éthique.

Le silence éthique correspond à une situation où au moins une valeur légitime est à risque d'être non respectée, sans que cela ne soit adressé. Différentes raisons peuvent sous-tendre ce type d'enjeu éthique, comme le fait de ne pas déceler la présence de valeurs positives qui sont à risque d'être bafouées ou de ne pas agir pour revendiquer le respect de ces valeurs.

La détresse éthique est un type d'enjeu éthique qui implique que l'ergothérapeute est conscient des valeurs qui devraient être actualisées dans une situation donnée, mais n'est pas en mesure de le faire en raison de divers obstacles. Ces obstacles sont généralement de nature organisationnelle. La détresse éthique peut représenter une conséquence d'un des autres types d'enjeux éthiques mal résolus. Tels sont les quatre types d'enjeux éthiques que comprend le modèle RIPS (Swisher et al., 2005).

### 3.3. Écologie du développement humain

Ce projet de recherche se base aussi sur les concepts de la théorie écologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1979). Cette théorie est fondée sur l'interaction mutuelle entre un individu en développement et les divers contextes environnementaux dans lesquels il vit (Bronfenbrenner, 1979). Ainsi, la prémisse de l'écologie du développement humain est la suivante : le processus de développement d'un individu est indéniablement associé aux divers niveaux écologiques de cet individu (Bronfenbrenner, 1979, 2004). Dans le cas présent, les concepts théoriques qui contribuent à enrichir et à structurer la réflexion en lien avec le deuxième objectif de cette recherche (pistes de solution pour résoudre les enjeux éthiques) sont décrits et adaptés au contexte de celle-ci. Ces construits théoriques sont utilisés de façon non orthodoxe pour assurer une concordance optimale avec l'objet de la présente étude et préserver la nature des données.

Tout d'abord, l'ontosystème représente le premier niveau écologique, soit l'individu. Ce système est défini par les caractéristiques personnelles de l'individu en développement comme ses habiletés, ses valeurs et ses croyances, qu'elles soient innées ou acquises (Bouchard, 1987; Lefebvre et al., 2013). De manière contextuelle, les pistes de solution qui sont actualisées ou envisagées par les ergothérapeutes dans le cadre de l'ontosystème se réfèrent donc à eux-mêmes. Ces solutions sont donc de nature personnelle.

Le second niveau écologique présenté par Bronfenbrenner (1979) est le microsystème. Celui-ci se rapporte au contexte environnemental immédiat de l'individu en développement, comme l'école et la maison pour un enfant (Bronfenbrenner, 1979, 2004). C'est par l'entremise de ce système que l'individu agit, interagit et s'engage de façon directe (Bronfenbrenner, 1979, 2004). L'application de ce système dans le cadre de la présente étude fait référence aux pistes de solution des ergothérapeutes qui se retrouvent dans leur environnement proximal, comme un collègue de travail.

Le troisième niveau systémique est le mésosystème. Celui-ci réfère aux liens qui sont créés entre les différents contextes immédiats (microsystèmes) de l'individu en développement (Bronfenbrenner, 1979, 2004). Un exemple fréquemment utilisé pour illustrer ce système est celui des relations qui sont établies entre la maison et l'école d'un enfant (Bronfenbrenner, 1979, 2004). Dans le contexte de la présente recherche, ce niveau systémique comprend des pistes de solution

découlant du lien entre l'ergothérapeute, qui œuvre dans une organisation, et les ressources de son milieu de travail. Ces pistes de solution sont donc considérées comme plus distales que celles appartenant au microsystème de l'ergothérapeute, mais ce dernier peut tout de même être un participant actif dans leur actualisation.

Finalement, l'exosystème est le prochain niveau écologique de la théorie de l'écologie du développement humain (Bronfenbrenner, 1979). Il représente les contextes environnementaux dans lesquels l'individu en développement n'est pas un acteur direct, mais qui ont tout de même des conséquences sur lui dans ses environnements immédiats (Bronfenbrenner, 1979, 2004). Dans le cadre de ce projet de recherche, l'exosystème est joint au dernier niveau écologique de la théorie, soit le macrosystème, qui implique notamment les éléments culturels, les idéologies, les macro-institutions sociales et les politiques publiques de la société de l'individu en développement (Bronfenbrenner, 1979, 2004). Ce faisant, les pistes de solution des ergothérapeutes qui impliquent des ressources situées à l'extérieur de leur milieu de travail ou qui s'avèrent indirectes à celui-ci se retrouvent dans le macrosystème (qui inclut l'exosystème). La participation active des ergothérapeutes à l'égard de ces pistes de solution est moins accessible et ceux-ci se trouvent à un niveau encore plus distal par rapport à ce dernier système. Tels sont les concepts qui structurent cette étude.

## **4. MÉTHODE**

Cette section a pour but d'expliciter la démarche scientifique qui a été utilisée pour obtenir une réponse aux questions de l'étude et ainsi permettre l'atteinte des objectifs associés, soit de décrire les enjeux éthiques vécus par les ergothérapeutes travaillant auprès des aînés à domicile et les manières de surmonter ceux-ci. Spécifiquement, le devis de la recherche, le processus de recrutement des participants, la collecte des données, l'analyse des données et les considérations éthiques y sont décrits.

### **4.1. Devis de recherche**

Un devis qualitatif de nature inductive est appliqué dans le cadre de cette étude. Cela est cohérent avec le fait que les enjeux éthiques vécus par les ergothérapeutes œuvrant à domicile auprès des personnes âgées et les manières de solutionner ces enjeux éthiques sont des phénomènes qui ont été peu étudiés à ce jour (Fortin & Gagnon, 2016). D'ailleurs, comme mentionné par Fortin et Gagnon, une approche qualitative « ouvre la voie à une connaissance intériorisée des dilemmes et des enjeux auxquels les personnes font face » (2016, p. 190).

Plus spécifiquement, l'utilisation d'un devis d'inspiration phénoménologique est cohérente avec la problématique explicitée précédemment et, conséquemment, avec le but de cette étude, étant donné que la compréhension d'un phénomène est requise selon la lunette subjective des participants, c'est-à-dire selon leur vécu expérientiel (Munhall, 2012). En ce sens, la phénoménologie descriptive et transcendantale (Husserl, 1970, 1999) a guidé le processus de cette étude. Cette orientation philosophique de la phénoménologie a été adoptée en vue de recueillir des données qui permettent de décrire les enjeux éthiques et leurs solutions, en préservant l'essence même du vécu selon le point de vue de la population ciblée et à l'intérieur de son contexte spécifique, c'est-à-dire les ergothérapeutes francophones du Québec qui travaillent auprès des aînés en soutien à domicile (Fortin & Gagnon, 2016; Holloway & Wheeler, 2010; Munhall, 2012).

### **4.2. Processus de recrutement des participants**

Les ergothérapeutes québécois travaillant avec une clientèle âgée représentaient la population ciblée pour le projet de recherche initial de Marie-Josée Drolet (erg., PhD), lequel avait

pour objectif plus général de décrire les enjeux éthiques vécus par les ergothérapeutes dans leur pratique auprès des aînés et les façons de les surmonter.

Pour le processus de recrutement, la méthode d'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné a été utilisée. Cette méthode est indiquée dans le cas d'une étude phénoménologique, laquelle cible un groupe de personnes ayant vécu ou vivant une expérience qui tente d'être comprise et décrite (Fortin & Gagnon, 2016). Dans ce cas, les critères d'inclusion étaient très généraux : a) être membre de l'OEQ, b) parler et comprendre le français et c) travailler auprès des aînés. Ces critères visaient à optimiser le recrutement des participants et la diversité de leurs caractéristiques (p. ex. : nombre d'années de pratique, type d'établissement), afin d'obtenir un large spectre de données. Aucun critère d'exclusion n'a été utilisé. Ainsi, une invitation par courriel a été envoyée par le biais de l'OEQ aux ergothérapeutes se portant volontaires pour participer à des projets de recherche. Le recrutement des participants a été complété à l'aide d'un échantillonnage par réseau, ce qui a contribué positivement au recrutement d'un maximum de participants.

Un grand nombre de participants a été obtenu à la suite de ce processus, ce qui a mené à la création de trois groupes en fonction des milieux de pratique : domicile, hôpital et centre de réadaptation et établissement de soins de longue durée. La présente étude se penche sur le premier groupe de participants, considérant que son objectif est de décrire les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des aînés et les moyens utilisés et envisagés afin de les résoudre.

#### **4.3. Collecte des données**

La collecte des données pour ce projet de recherche a été précédemment effectuée par une assistante de recherche, en l'occurrence Mireille Trottier qui est maintenant ergothérapeute. Pour ce faire, deux outils de collecte de données ont été utilisés : un questionnaire sociodémographique et une entrevue qualitative individuelle semi-structurée téléphonique (annexes A et B respectivement). En ce qui concerne le schéma de l'entrevue, celui-ci se décline en deux sections, soit : une première portant sur les enjeux éthiques vécus par les ergothérapeutes dans leur pratique et une seconde concernant les façons de résoudre de tels enjeux éthiques. L'élaboration du schéma

de l'entrevue a été basée sur le modèle de prise de décision éthique *Realm-Individual Process-Situation (RIPS)* (Swisher et al., 2005) présenté à la section précédente. L'utilisation de ce modèle théorique a permis d'enrichir la collecte des données en présentant plusieurs catégories d'enjeux éthiques aux participants. En effet, les participants ont pu approfondir leurs pensées et leurs discours à l'aide de la typologie du modèle RIPS, incluant les quatre catégories d'enjeux éthiques distingués précédemment. De plus, l'entretien comprenait des questions ouvertes permettant d'obtenir des données en provenance des réflexions subjectives des ergothérapeutes et s'arrimant avec l'orientation de l'étude (Fortin & Gagnon, 2016). Une durée d'environ 60 minutes était prévue pour l'entrevue afin de laisser suffisamment de temps aux participants pour partager leurs perceptions. En prévision de l'analyse des données, l'enregistrement des entrevues sur une bande audionumérique a été effectué afin de permettre la retranscription intégrale des verbatim des entretiens. Cette transcription a été assurée par une autre assistante de recherche, soit Rébecca Gaudet, aujourd'hui ergothérapeute. Finalement, la collecte des données sociodémographiques des participants a été réalisée par l'entremise d'un questionnaire auto-administré. Les documents à la base de la collecte des données ont été envoyés par courriel aux participants préalablement à la conduite de l'entrevue afin que ceux-ci puissent s'y préparer, si tel était leur souhait, et savoir exactement ce qu'impliquait leur participation à la recherche.

#### **4.4. Analyse des données**

L'analyse qualitative des données recueillies par le biais des entrevues semi-structurées a été effectuée selon la méthode de Giorgi (1997), s'inscrivant dans les assises principales de la réduction phénoménologique de Husserl (1970, 1999). Plus précisément, cinq étapes composent cette méthode d'analyse (Corbière & Larivière, 2014). En premier lieu, la collecte des données et la transcription des données ont été effectuées. En deuxième lieu, la lecture des verbatim dans leur ensemble a été réalisée dès la reprise de cette étude dans le cadre de ce projet d'intégration. En troisième lieu, l'extraction et le codage des unités de sens de chaque verbatim, simultanément à des lectures répétées, ont été réalisés. En quatrième lieu, l'organisation et le regroupement des unités de sens ont été effectués pour chacun des verbatim en respectant le langage disciplinaire, de sorte que des thèmes initiaux ont été créés. En cinquième lieu, le regroupement total des thèmes de tous les verbatim a permis de synthétiser les données de l'étude et d'en générer les résultats.



Cette méthode d'analyse qualitative s'avère favorable pour décrire le phénomène étudié de façon complète et représentative des données recueillies (Corbière & Larivière, 2014), puisqu'elle permet de conserver de façon optimale la nature subjective du discours des participants, ce qui suit de manière cohérente l'approche phénoménologique guidant cette étude (Munhall, 2012). Une posture neutre a donc été adoptée lors de cette démarche d'analyse, contribuant d'autant plus à préserver l'intégrité des phénomènes, tels que rapportés par les participants (Fortin & Gagnon, 2016). Également, la tenue d'un journal du chercheur pendant le processus a permis de consigner les étapes de manière plus détaillée ainsi que de recueillir les pensées de l'étudiante-chercheuse.

#### **4.5. Considérations éthiques**

Le projet de recherche initial a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Une certification éthique (CER-15-213-07.12) a été obtenue. Chaque participant à l'étude a reçu par courriel une lettre d'information, laquelle était jointe au questionnaire sociodémographique et au schéma de l'entrevue, comme spécifié précédemment. De même, les participants pouvaient obtenir toute information supplémentaire concernant le projet de recherche en communiquant avec Marie-Josée Drolet (erg., PhD), ce que certains participants ont fait. Par la suite, chacun d'entre eux a signé un formulaire de consentement et a été avisé qu'il pouvait retirer leur consentement en tout temps pendant la recherche. De même, les participants ont été informés qu'ils étaient libres de donner une réponse ou pas à toute question dans le cadre de l'entretien ou du questionnaire sociodémographique. Cette procédure permettait le respect du consentement libre, éclairé et continu des participants à l'étude.

Des mesures ont été mises en place afin d'assurer le respect de la confidentialité des participants. D'abord, les enregistrements audionumériques des entrevues ont été détruits à la suite de la transcription des verbatim. Les verbatim transcrits et les données sociodémographiques ont été rendus anonymes et ces données ont été copiées et conservées dans un ordinateur, protégé par un mot de passe. En outre, un code a été attribué pour restreindre l'accès aux données des questionnaires sociodémographiques et des verbatim des entrevues. Il est prévu que l'ensemble du matériel relié à cette étude soit supprimé de cet ordinateur dès que ce projet d'essai sera terminé. En ce qui concerne l'identification des participants, des numéros leur ont respectivement été attribués à chacun d'eux. De plus, un souci de préserver la confidentialité des participants a guidé

la façon dont ceux-ci ont été présentés dans la section de cet essai critique consacrée aux résultats. Notamment, les régions administratives et les types d'établissements des participants ne sont volontairement pas spécifiés pour éviter de briser la confidentialité via des informations croisées. Telles sont en résumé les méthodes qui ont été utilisées pour atteindre les objectifs de la recherche.

## **5. RÉSULTATS**

Dans cette section, les résultats de ce projet de recherche sont exposés. D'abord, une description des ergothérapeutes ayant participé à l'étude est réalisée. Ensuite, une présentation des différents enjeux éthiques rencontrés par les participants dans le cadre de leur pratique à domicile auprès des personnes âgées est effectuée, et ce, selon leurs perspectives. Également, les diverses manières de surmonter ces enjeux éthiques, qu'elles soient actualisées ou envisagées par les ergothérapeutes, sont présentées. Ce faisant, des extraits de verbatim des entrevues réalisées avec des participants dans le cadre de cette étude sont rapportés pour illustrer certains résultats.

### **5.1. Participants**

Cette étude implique la participation de neuf ergothérapeutes du Québec qui travaillent en soutien à domicile auprès de personnes âgées ( $n = 9$ ), dont deux hommes ( $n = 2$ ) et sept femmes ( $n = 7$ ) âgés de 24 à 63 ans. La moyenne d'âge des participants est de 42,9 ans.

En ce qui a trait à leur formation, cinq d'entre eux détiennent un baccalauréat en ergothérapie ( $n = 5$ ) et quatre autres ont une maîtrise en ergothérapie ( $n = 4$ ). Deux participants ont également complété un cours universitaire en éthique ( $n = 2$ ) et quatre participants ont suivi une formation de courte durée en éthique (quelques heures à quelques jours) ( $n = 4$ ). Trois participants ( $n = 3$ ) ne détiennent aucune formation en éthique.

Le nombre d'années d'expérience des participants en tant qu'ergothérapeute auprès de la clientèle âgée varie entre 0,6 et 30 ans et la moyenne est de 10,3 ans. Plus précisément, quatre participants ont 15 ans et plus d'expérience professionnelle auprès des personnes âgées ( $n = 4$ ) et les cinq autres ont moins de 5 ans d'expérience auprès de cette clientèle ( $n = 5$ ). La majorité d'entre eux indiquent que les clients vivent avec des problématiques sur le plan de la santé physique et cognitive et une minorité sur le plan de la santé mentale, conjointement à d'autres problématiques. Les milieux de pratique des participants sont répartis dans sept régions administratives du Québec.

### **5.2. Enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des aînés**

Les enjeux éthiques ont été catégorisés et sont présentés en fonction de leurs sources (voir la Figure 1), afin de respecter le discours des participants. Ces sources peuvent être en

concomitance : les catégories et les sous-catégories ne sont pas toutes mutuellement exclusives et peuvent être en interrelation dans un même enjeu éthique. Également, les valeurs qui sont à risque d’être négligées sont présentées (voir la Figure 1). Ainsi, la présentation des résultats reflète deux perspectives différentes du phénomène, soit une perspective selon les participants (sources des enjeux éthiques) et selon la nature de l’enjeu (valeurs compromises dans la situation).

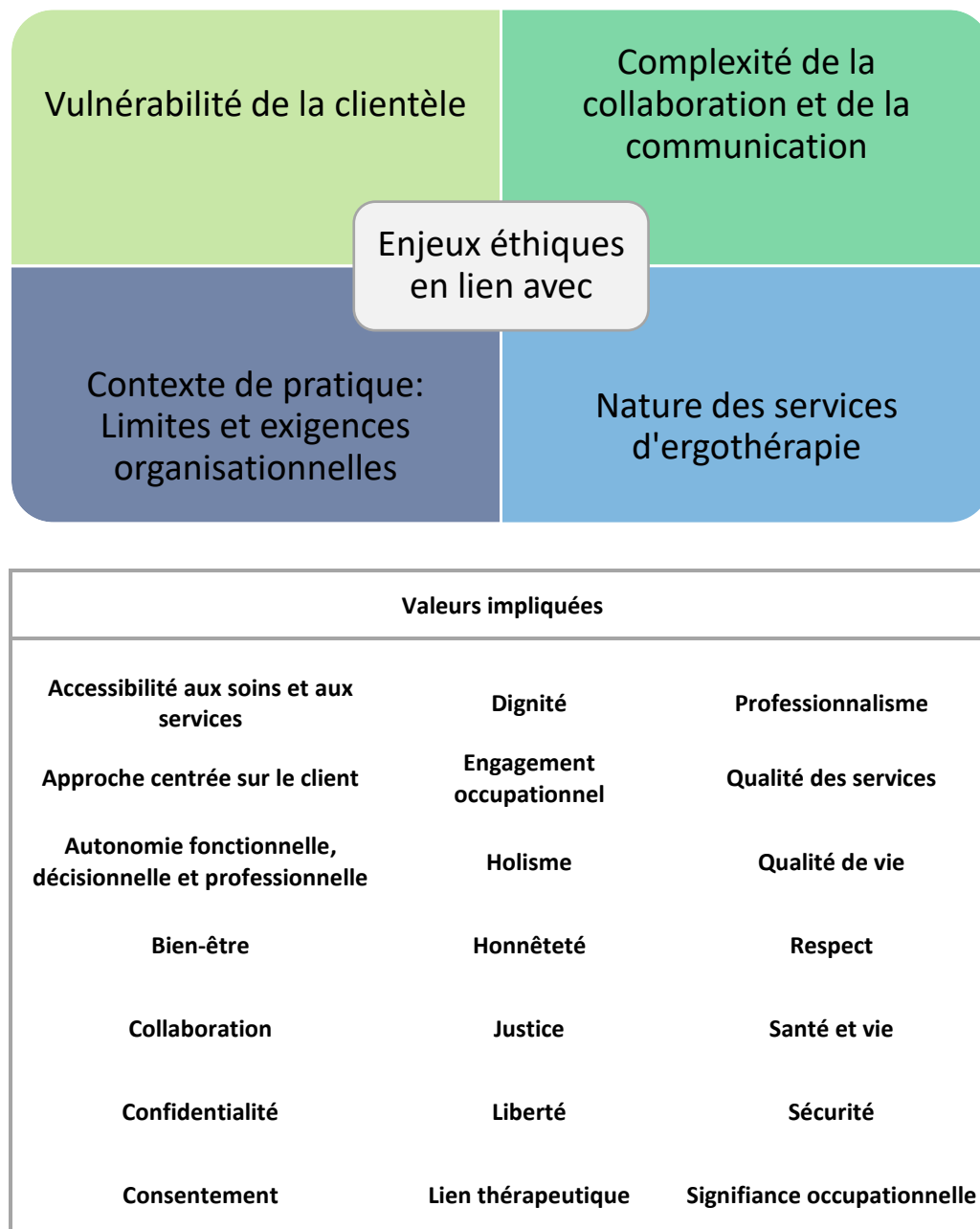


Figure 1. Synthèse des enjeux éthiques et des valeurs impliquées

Il est à noter que quelques participants ont nommé des enjeux éthiques, tout en précisant qu'ils n'ont pas été tentés d'actualiser des valeurs non souhaitables. Ils étaient conscients des valeurs pouvant être potentiellement mises en péril et tenaient à agir de manière éthique. Dans le même sens, des participants ont mentionné des enjeux éthiques vécus par des collègues. Autrement, la majorité des enjeux éthiques présentés dans cette section sont vécus par les ergothérapeutes eux-mêmes et sont considérés complexes.

### 5.2.1. Enjeux éthiques liés à la vulnérabilité de la clientèle

Les participants ont nommé des enjeux éthiques liés à trois facteurs de vulnérabilité qui caractérisent les clients âgés (voir la Figure 2). Les trois sous-catégories présentées ci-dessous sont fréquemment soulignées de manière concomitante par les participants. Toutefois, leur présentation distincte s'avère essentielle afin d'éviter de négliger les particularités de chacun des facteurs de vulnérabilité de la clientèle.

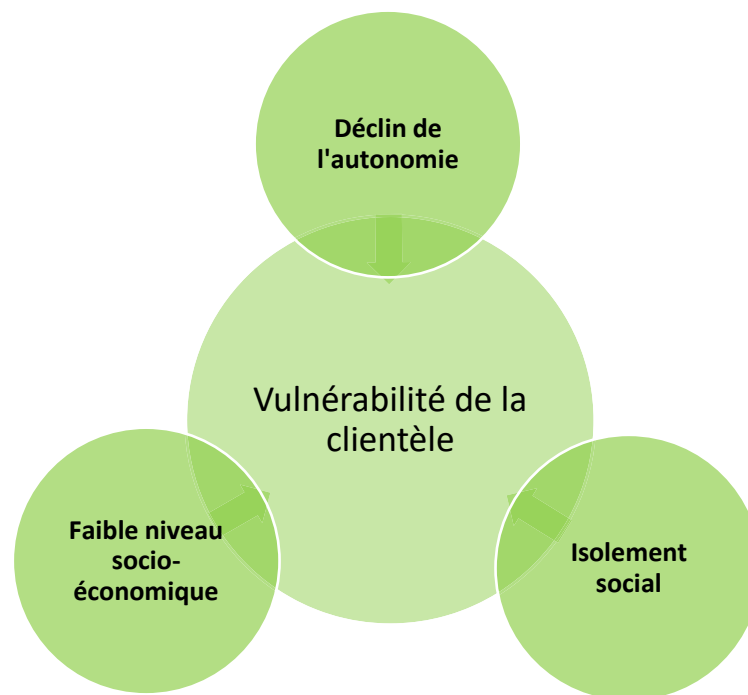


Figure 2. Facteurs de vulnérabilité de la clientèle âgée selon les participants

#### 5.2.1.1. Déclin de l'autonomie

De façon générale, un participant exprime qu'il est difficile d'être témoin de la perte d'autonomie des clients, particulièrement lorsqu'elle implique de multiples pertes significatives dans le quotidien de ceux-ci. Il s'avère donc complexe de faire valoir l'autonomie fonctionnelle et décisionnelle ainsi que l'engagement occupationnel des personnes âgées.

Deux participants abordent la complexité du processus décisionnel quant à l'orientation des services auprès des aînés qui vivent un déclin fonctionnel. L'un d'entre eux souligne qu'un déclin fonctionnel vécu de façon accélérée peut complexifier l'actualisation de la qualité de vie et de la dignité du client par rapport à l'ampleur des coûts engendrés par certaines interventions comme des adaptations domiciliaires. Dans le même sens, un participant soulève une difficulté à déterminer l'approche à préconiser auprès des clients en perte d'autonomie, en fonction de leur potentiel de réadaptation et de leur besoin de compensation. Cet extrait en témoigne : « *Les personnes âgées elles-mêmes le disent : "J'en perds, je suis moins fonctionnel". À un moment donné, c'est normal, il faut arrêter de vouloir être comme à trente ans* » (participant 6).

Enfin, un participant rapporte la difficulté d'accès aux services médicaux pour des clients qui vivent un déclin de leur autonomie, car leurs capacités et leurs opportunités de déplacements sont limitées. Ainsi, l'accessibilité aux soins de santé ainsi que l'équité sont mises en péril, d'autant plus que des ordonnances médicales sont souvent requises pour bénéficier d'interventions en ergothérapie, par exemple lors de l'attribution d'équipements.

D'autres enjeux éthiques ont aussi été mentionnés par les participants en lien avec trois conditions majoritairement associées à la perte d'autonomie. Trois sous-catégories rendent compte de ces enjeux éthiques (voir la Figure 3).

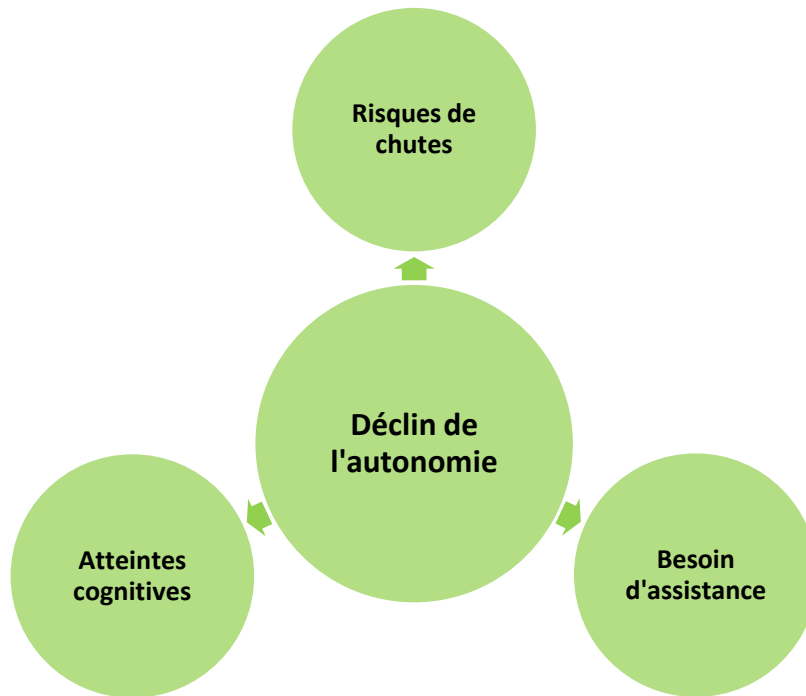


Figure 3. Conditions associées au déclin de l'autonomie selon les participants

#### *Besoin d'assistance*

Deux participants expriment avoir vécu des enjeux éthiques en lien avec le fait que les activités quotidiennes de certains clients sont assumées majoritairement par leurs proches. Un participant rapporte une situation où le bien-être du client est à risque d'être compromis, car celui-ci vit de la détresse à l'égard de sa situation conjugale, mais il nécessite de l'assistance importante de la part de sa conjointe. Un participant souligne la difficulté de respecter le consentement et l'autonomie décisionnelle du client. L'extrait suivant en témoigne :

*Par exemple, un monsieur atteint de Parkinson pour lequel j'avais besoin des résultats du neurologue pour une évaluation cognitive qu'il avait faite. Et même si c'est la femme de monsieur qui se charge de tout le médical, même si c'est elle qui est le centre de tous ses services : c'est quand même un monsieur pour lequel il faut que je fasse signer des affaires. C'est là qu'on commence à se demander : "est-ce que le monsieur est vraiment capable de signer ces documents-là?" (participant 7).*

#### *Manifestations fonctionnelles d'atteintes cognitives*

La majorité des participants perçoivent les problématiques des clients sur le plan de la santé cognitive comme des facteurs inhérents aux enjeux éthiques rencontrés dans leur pratique.

D'abord, certains participants expriment qu'ils sont confrontés à des situations où la sécurité des clients à domicile est à risque comme l'illustre cet extrait :

*Parfois, quand on veut aller faire les évaluations, alors que les clients ne veulent pas ou ne veulent pas qu'on en parle à leur famille. Parfois, ce n'est pas encore diagnostiqué, ils ne sont pas déclarés inaptes, mais on sait que si on ne parle à personne, ils sont vraiment à risque pour eux-mêmes. C'est un peu délicat : "est-ce qu'on le dit? Est-ce qu'on ne le dit pas?" Parce que je veux maintenir la volonté et la confidentialité de mon client, mais en même temps je veux quand même qu'il soit en sécurité (participant 2).*

Ce faisant, la sécurité, le consentement, la confidentialité et le lien thérapeutique peuvent être compromis dans le contexte d'enjeux éthiques liés aux difficultés cognitives des clients.

De plus, selon certains participants, une approche centrée sur les souhaits du client et sur son autonomie décisionnelle peut être plus difficile à actualiser en présence d'atteintes cognitives. L'extrait suivant clarifie cet enjeu éthique :

*Avec les cas de démence, c'est le jugement qui est parfois manquant. Donc, oui, je peux promouvoir votre autonomie et votre sécurité, mais je ne peux pas toujours aller avec vos valeurs et vos choix. Donc parfois, ça peut être difficile (participant 7).*

Également, un ergothérapeute souligne que la présence de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, comme l'agressivité et l'errance, peut complexifier le respect de la dignité et de la sécurité du client. Celui-ci rapporte plus spécifiquement que les proches tentent de gérer ces symptômes par le biais de mesures de contention qu'ils fabriquent eux-mêmes et qui sont donc non réglementaires.

### *Risques de chutes*

Trois participants ont rapporté des enjeux éthiques relatifs aux risques de chutes mettant la sécurité des clients en péril. Parmi ceux-ci, l'utilisation de mesures de contrôle non balisées ni sécuritaires par les proches est soulevée plus spécifiquement par le même participant que ci-haut. Cet enjeu peut notamment porter atteinte à la dignité des clients et à leur liberté de mouvement. Un participant mentionne qu'il est difficile de faire valoir la sécurité, la santé, l'autonomie décisionnelle et la signifiante occupationnelle dans une optique de prévention des chutes. Cela est expliqué dans l'extrait suivant :



*Par exemple, les personnes âgées, parfois, on ne veut pas qu'ils chutent parce qu'on ne veut pas qu'ils se blessent. On ne veut pas qu'ils aillent à l'hôpital puis que ça empire leur condition. Souvent, ça va aller à l'encontre de l'autre valeur : la personne âgée aurait plus de bien-être, si elle se levait et qu'on respectait ce qu'elle veut. Souvent, cette valeur de sécurité va s'opposer au bien-être (participant 8).*

#### 5.2.1.2. Faible niveau socioéconomique

Trois participants soulignent qu'ils rencontrent des enjeux éthiques liés aux caractéristiques socioéconomiques des clients. Plus spécifiquement, deux d'entre eux exposent que les valeurs d'autonomie fonctionnelle et de justice peuvent être compromises dans le contexte d'attribution ou d'achat d'équipements à domicile chez les personnes âgées à faible revenu, en ceci que ces clients peuvent être défavorisés. Cet extrait présente cet enjeu éthique :

*Si quelqu'un a besoin d'un équipement pour son bien-être, je donne un exemple, un banc de transfert, puis n'a pas d'argent pour le payer. Il a le choix entre manger ou acheter des équipements. Maintenant, les critères pour prêter des équipements sont très sévères (participant 3).*

De plus, un participant perçoit qu'il peut être un défi d'actualiser la justice aux dépens de son bien-être personnel lorsqu'il s'agit d'offrir des services à des clients qui vivent dans des environnements insalubres. L'ergothérapeute peut alors être tenté de réduire la fréquence des services, pour ne rapporter que cet exemple.

#### 5.2.1.3. Isolement social

Certains participants rapportent que le phénomène d'isolement social chez les personnes âgées vivant à domicile est à l'origine d'enjeux éthiques rencontrés dans leur pratique. Ceux-ci mettent en lumière que le bien-être et la sécurité des clients ayant un pauvre réseau social et dont les proches sont peu présents peuvent être compromis.

D'abord, un des participants rapporte que ces clients tendent à présenter des besoins sociaux non répondus (établir des relations, discuter, socialiser), ce qui affecte leur bien-être. De façon similaire, le participant 6 mentionne que les proches « *ont tendance à laisser leurs personnes âgées entre les mains du système public* », alors que les services disponibles actuels ne permettent pas nécessairement de répondre adéquatement aux besoins sociaux des aînés. Ensuite, d'autres

participants soulignent que les clients en situation d'isolement social ne bénéficient pas d'aide dans leur quotidien, tant sur le plan fonctionnel que décisionnel, alors que cela pourrait être bénéfique afin de contribuer à leur sécurité. Cet extrait en témoigne : « *Ça, je trouve que c'est quelque chose de totché parce que si la personne est seule et qu'il n'a pas d'autres membres de la famille autour d'elle, bien c'est vraiment difficile à convaincre puis à dire "écoutez, c'est la sécurité" »* » (participant 7).

### 5.2.2. Enjeux éthiques en lien avec la complexité de la collaboration et de la communication

Différents enjeux éthiques reliés à la collaboration et à la communication dans la pratique des participants ont été rapportés. Afin de les présenter, quatre sous-catégories sont utilisées pour permettre de distinguer les enjeux éthiques reliés aux diverses facettes de la collaboration et de la communication (voir la Figure 4).



Figure 4. Domaines de collaboration et de communication selon les participants

### 5.2.2.1. Complexité de la collaboration avec les clients

Un grand nombre de participants ont rapporté des enjeux éthiques liés à la complexité de la collaboration avec les clients. D'abord, ces enjeux éthiques découlent de la divergence qui se présente parfois entre les habitudes, les valeurs ou les souhaits des clients, d'une part, et les valeurs et les recommandations de l'ergothérapeute, d'autre part. Plusieurs participants abordent le fait que certains clients choisissent de ne pas appliquer les recommandations, ou encore de décliner les services d'ergothérapie. L'extrait suivant offre une illustration plus concrète de cet enjeu éthique :

*On sait qu'on ne peut rien faire, dans le fond, c'est sa décision, c'est son choix, mais elle se met à risque pour sa santé et sa sécurité. Souvent, c'est difficile de voir ça. On se dit : "il se serait doooonc bien mieux dans une résidence avec des services, les proches seraient doooonc bien mieux aussi" (participant 1).*

Plusieurs valeurs peuvent être compromises dans le contexte d'un tel enjeu éthique, telles que l'approche centrée sur le client, le bien-être, la sécurité et l'autonomie décisionnelle. De plus, selon un participant, des valeurs comme l'engagement occupationnel et l'autodétermination peuvent aussi être difficilement actualisables lorsque cela ne correspond pas aux habitudes ou aux valeurs du client.

*Je prends un exemple d'un monsieur que je vois qui a eu de la dépression toute sa vie. Depuis 20 ans, il est à la retraite et il n'a jamais eu l'habitude d'initier des activités. Donc, comment on fait pour le remotiver, le restimuler? (participant 5).*

Un autre participant illustre que les valeurs et les habitudes des clients peuvent limiter l'offre de services basée sur la justice, car certains d'entre eux sont privilégiés :

*Lorsque quelqu'un veut beaucoup s'améliorer, on va faire des démarches pour qu'il aille au centre de jour, pour qu'il ait des traitements de physio, pour qu'il ait du transport adapté. C'est ceux qui veulent le plus qui vont pouvoir en bénéficier (participant 6).*

Un ergothérapeute discute des conflits de valeurs entre l'ergothérapeute et le client. Il souligne qu'il peut être difficile de faire preuve de professionnalisme, en mettant de côté son opinion personnelle, afin d'assurer que sa pratique est exercée de manière juste et équitable envers chaque client.

Les enjeux éthiques rencontrés par les ergothérapeutes peuvent aussi être relatifs à la nature de la relation avec les clients. Un participant mentionne que la justice dans l'offre des services peut parfois être difficile à respecter aux dépens de son appréciation personnelle du client. Ainsi, la difficulté à demeurer impartial par rapport à ses décisions cliniques peut mettre en péril la valeur de la justice. En outre, deux participants expriment qu'il peut être complexe de restreindre leur implication personnelle envers certains clients en vue de respecter les limites professionnelles de la relation thérapeutique, de même qu'une juste répartition du temps par client. Ces participants expliquent qu'ils sont tentés d'être impliqués plus personnellement auprès de certains clients, car cela fait valoir une approche centrée sur les besoins réels de ceux-ci.

Enfin, un participant rapporte un enjeu éthique en lien avec l'offre de cadeaux de la part d'un client. En effet, celui-ci souligne qu'il peut être complexe de favoriser tant la relation thérapeutique qu'une attitude professionnelle (refuser le cadeau, sans froisser le client).

#### 5.2.2.2. Complexité de la collaboration avec les proches

De façon similaire à la complexité de la collaboration avec les clients, certains participants mentionnent que les souhaits des proches divergent parfois des recommandations de l'ergothérapeute et que les proches peuvent décider ne pas appliquer ces dernières. Cet extrait offre un exemple révélateur : « *Parfois, les familles veulent qu'on utilise des mesures de contention. Nous, on sait que ce n'est pas la meilleure solution, mais elles, c'est leur idée* » (participant 2).

De même, quelques participants discutent de la pression parfois ressentie afin de répondre aux souhaits des proches. En effet, certaines demandes des proches peuvent être exprimées de manière plus insistante, de même qu'il peut être question de plaintes envisagées ou formulées. Cela peut faire en sorte que l'ergothérapeute soit tenté de prioriser le maintien d'une bonne relation avec les proches, au détriment de la sécurité ou des souhaits du client, par exemple, pour éviter une plainte. L'extrait ci-dessous en témoigne :

*Quand la famille ne veut pas, si on garde quand même notre ligne directrice comme ergothérapeute, parfois il peut y avoir des plaintes contre nous, ou de ne pas se faire aimer par la famille. C'est une tentation de dire : "je pourrais faire comme la famille veut, puis je n'aurai pas de problème", mais en même temps je ne vais pas vers ce que je sais qui est le mieux pour le client puis sa sécurité (participant 2).*

Ces situations avec les proches contribuent à la création d'enjeux éthiques dans la pratique, car elles limitent la possibilité d'actualiser des valeurs souhaitables selon l'ergothérapeute comme la sécurité, l'autonomie fonctionnelle et décisionnelle ainsi que la dignité du client.

Finalement, l'offre de cadeaux de la part des proches est nommée par un participant, de sorte que le lien avec les proches peut être difficile à préserver si l'ergothérapeute fait preuve de professionnalisme et d'honnêteté en refusant l'offre.

### 5.2.2.3. Complexité des relations entre les clients et les proches

Certains participants rapportent des enjeux éthiques en lien avec la communication entre les clients et leurs proches. Plus précisément, deux participants expriment se sentir « coincés » dans des situations problématiques que vivent des clients sur le plan conjugal. Cet extrait clarifie cet enjeu éthique :

*Lui, son but c'était de la laisser. Il me faisait venir parce qu'il voulait que je mette en place tout ce que ça lui prenait pour être autonome, après il allait la laisser. Il me l'avait dit au téléphone, mais elle ne le savait pas (participant 9).*

Un autre participant discute de situations où la communication familiale est difficile :

*Quand je rencontre des clients et leurs familles, les familles ne veulent pas parler du pronostic aux clients ou les clients me disent qu'ils ne veulent pas que leurs familles le sachent. Ni l'un ni l'autre ne veut que je parle, puis c'est difficile à réagir dans de telles situations. Au niveau professionnel, je suis un peu pris, car si le client dit : "je ne veux pas que vous parliez avec les enfants", puis que les enfants m'appellent pour savoir où je suis rendu, je suis un peu déchiré dans ces cas-là (participant 3).*

L'ensemble de ces enjeux éthiques impliquent que l'honnêteté, la confidentialité, le bien-être et le respect des clients peuvent être compromis.

Ensuite, quelques participants mentionnent que des clients refusent que leurs proches soient informés et impliqués dans leurs suivis en ergothérapie, bien qu'ils soient dans des situations mettant à risque leur sécurité. Les valeurs de sécurité ou de confidentialité peuvent alors être mises en péril.

Finalement, deux participants ont souligné des enjeux éthiques en lien avec des situations de maltraitance envers le client et envers le proche respectivement. Ces participants expriment

qu'ils sont confrontés au non-respect de valeurs comme la dignité, le respect et le bien-être. Dans la situation où c'est un proche qui ferait l'objet d'abus, le participant mentionne la tentation de maintenir la relation thérapeutique avec le client afin d'assurer l'efficacité du suivi : *« J'ai une relation thérapeutique à garder avec mon client pour arriver à certains objectifs, donc oui ça m'arrive souvent de garder le silence dans des relations qui n'ont pas d'allure »* (participant 9).

#### 5.2.2.4. Complexité de la collaboration interdisciplinaire

Un des participants à l'étude soulève que la divergence de points de vue entre collègues, de même que la hiérarchie décisionnelle dans l'équipe interdisciplinaire sont des facteurs à l'origine d'enjeux éthiques. Ainsi, des valeurs comme la sécurité, la vie et le bien-être peuvent être compromises. L'extrait suivant offre un exemple de ces types d'enjeux éthiques :

*Je me rappelle juste un entretien que j'ai eu avec un psychiatre à propos d'une patiente, puis je dis : "j'ai l'impression qu'elle le dit à mot couvert, mais ça ne m'étonnera pas qu'un jour cette patiente-là passe à l'acte et qu'elle se suicide". Le psychiatre est passé par-dessus ça, mais je ne sais pas si c'est parce qu'il a beaucoup de patients qui vont avoir beaucoup ce discours-là de détresse et qui disent "de toute façon, moi, je vais me suicider" (participant 5).*

#### 5.2.3. Enjeux éthiques liés au contexte de pratique : limites et exigences organisationnelles

Les participants ont soulevé plusieurs enjeux éthiques associés à une variété de facteurs contextuels de leur pratique. Comme illustré par la Figure 5, huit sous-catégories permettent de représenter l'ensemble de ces enjeux éthiques.



Figure 5. Éléments contextuels de la pratique selon les participants

#### 5.2.3.1. Limitation des services et des coûts

Plusieurs participants rapportent des enjeux éthiques associés à la réduction des dépenses dans leurs établissements. D'abord, ils expriment qu'ils n'arrivent pas à répondre aux besoins des clients de manière exhaustive et suffisante étant donné que la quantité et la variété des ressources disponibles et accessibles sont limitées. Cela fait en sorte que la qualité de vie des clients est compromise. L'extrait suivant montre que la justice distributive et la qualité des services sont des valeurs clés qui sont à risque d'être compromises par la quantité insuffisante des ressources :

*On comprend que le budget n'est pas illimité. Il y a un gâteau, donc est-ce qu'on fait des gros morceaux de gâteau, puis quand il n'y en a plus, il n'y en a plus? Est-ce qu'on fait des petits morceaux, en sachant que tout le monde reste sur son appétit? Est-ce qu'on donne l'ensemble des services aux gens qui en ont besoin? (participant 4).*

Dans le même sens, un participant mentionne qu'il est parfois contraint d'orienter le choix de ses interventions en fonction des coûts, ce qui l'empêche d'actualiser les meilleures pratiques et limite par conséquent la qualité des services offerts.

Ces situations procurent un sentiment d'impuissance chez les participants : « *Les clients et les familles nous font sentir que les besoins sont plus grands que ce qui est donné, par rapport aux services. Ça nous amène un sentiment d'impuissance* » (participant 4). Un extrait expose le vécu de maints ergothérapeutes sur ce sujet :

*On offre de moins en moins de services. Nous, on est comme le serveur au restaurant : ton chef n'est pas bon, mais c'est toi qui dois expliquer ça et défendre ça. Je trouve ça difficile parce qu'on a vraiment aucun pouvoir par rapport à ça, ça apporte de la détresse* (participant 9).

#### 5.2.3.2. Pression du rendement

Des enjeux éthiques relatifs à la pression du rendement dans la pratique ont été nommés par la majorité des participants. Plus précisément, les ergothérapeutes discutent des facteurs de quantité (nombre de prises en charge et d'interventions) et de temps (calculé et limité) qui sont très présents dans la pratique comme l'indique le participant 3 :

*Dernièrement, il y avait un changement de philosophie vraiment, où c'était des chiffres, des numéros, puis le nombre de clients qu'on voit, plutôt que centré sur le client. Pour moi, les enjeux éthiques sont à ce niveau.*

Comme mentionné dans l'extrait suivant, l'actualisation d'une approche adaptée au client et l'établissement d'une relation thérapeutique sont compromis. Il en est de même pour le bien-être au travail ainsi que la satisfaction du travail fait selon les règles de l'art :

*Ma détresse majeure dans ma pratique, c'est de mettre le temps que je pense qu'il faut que je mette pour chaque patient. On n'a pas le temps d'accompagner, on n'a pas le temps pour les lenteurs, les silences, les discrétions, les hors sujets, au nom de la sacro-sainte performance et efficience* (participant 5).

Dans la même optique, la qualité des services et la pratique probante sont aussi à risque d'être compromises. En ce sens, un participant discute de la difficulté à actualiser les meilleures pratiques étant donné le temps limité qui peut être accordé à cet effet.



*J'aimerais me réserver des journées par mois pour aller voir les nouvelles pratiques, lire sur les données probantes et pouvoir faire avancer ma pratique. Parfois, les nouvelles pratiques, ça prend du temps à installer dans l'équipe. On essaie quand même de se tenir à jour, on a beaucoup de formations, mais ça manque quand même à la pratique, je pense que ça peut contribuer à faire de la détresse. Honnêtement, pour les articles scientifiques, j'ai fait ma maîtrise et je sais comment les chercher, mais en un an je pense que je suis allée peut-être 2-3 fois maximum. On dirait que je n'ai pas le temps (participant 8).*

Selon certains participants, les statistiques contribuent à cette pression du rendement. D'ailleurs, un des participants rapporte qu'il peut être tentant de choisir des clients en fonction de ce qui répond le mieux à la performance exigée :

*On sent cette pression-là d'avoir des bonnes statistiques, donc ça pourrait être une tentation de dire : "écoute, je ne prendrai pas ces clients qui me demandent beaucoup de paperasse, parce que c'est juste le temps direct qui est calculé, puis je me fais taper sur la tête parce que je n'ai pas suffisamment une bonne performance" (participant 9).*

Aussi, un autre participant mentionne que la prise en charge de clients peut être influencée par la surcharge de cas qui découle des exigences de rendement élevées. Il peut être tentant de prendre en charge un client qui attend depuis moins longtemps et qui présente une problématique moins complexe qu'un autre qui attend depuis plus longtemps et dont la condition est complexe. Ce faisant, la justice dans la distribution des services et l'accessibilité aux services ne sont pas nécessairement priorisées.

En outre, un ergothérapeute soulève que la tentation d'offrir rapidement une grande quantité de services entraîne la négligence de certains domaines occupationnels jugés moins prioritaires. Cela nuit à une approche holistique et à la signification occupationnelle.

#### *5.2.3.3. Organisation des services : Critères, procédures et aide à domicile*

D'abord, quelques participants ont soulevé des enjeux éthiques se rapportant aux critères et aux standards qui sont utilisés afin d'organiser l'offre des services, de déterminer l'attribution d'équipements et les services d'aides à domicile ainsi que de gérer la liste d'attente. Les participants caractérisent ces critères et standards comme restrictifs et sévères et ils rapportent que cela peut

complexifier l'actualisation d'une approche centrée sur les besoins des clients, la qualité de vie et la dignité des clients ainsi que l'accessibilité aux services.

Par la suite, ces mêmes participants discutent de la quantité impressionnante de procédures et de démarches administratives qui sont exigées dans leur pratique. Un participant exprime que les critères et les procédures compromettent l'humanisation des services, en plus de leur accessibilité et de leur qualité. De plus, les participants perçoivent difficilement l'utilité de ces procédures, ce qui peut atteindre l'intégrité de leur autonomie professionnelle :

*Le soutien à domicile, il y a de plus en plus de paperasse. Le gouvernement essaie beaucoup de contrôler et d'organiser notre pratique, mais en ergothérapie, on a déjà une pratique qui est très bien organisée. On n'a pas besoin de se le faire dire, on a déjà des outils de travail. Ça alourdit énormément et je trouve ça plate, parce qu'il y a beaucoup de choses qui n'ont pas de sens dans ce qu'on fait, malheureusement, puis de plus en plus (participant 9).*

En outre, certaines procédures peuvent limiter spécifiquement l'autonomie professionnelle de l'ergothérapeute dans ses actions visant à optimiser la qualité de vie des clients. En effet, un participant mentionne qu'il est tenu de respecter des procédures en cas d'insatisfaction de la part des clients et des proches, bien qu'il connaisse d'autres pistes de solution qui pourraient être plus optimales pour répondre aux besoins réels de ceux-ci. L'extrait suivant illustre la situation :

*J'avais un client qui était polyhandicapé. La famille était insatisfaite du niveau de service, puis moi j'avais dit : "bien écoutez, j'ai déjà des clients qui ont contacté le député, puis ça l'avait fait. Le député peut vous aider quand il n'y a plus de solutions". Par contre, selon ma coordonnatrice, j'aurais dû dire : "si vous êtes insatisfaits, il faut contacter le commissaire des plaintes qui est la personne responsable des plaintes pour l'établissement". Je m'étais fait un petit peu réprimander parce que je n'avais pas fait la bonne chose, selon elle, mais parce qu'ils ont fait appel au député, ils ont eu plus de services (participant 9).*

Enfin, un des participants exprime un enjeu éthique auquel il est confronté dans sa pratique en lien avec la façon dont les services d'aide à domicile ont été réorganisés. Ce participant est confronté à une détérioration de l'efficacité et de la qualité de ces services. Par conséquent, il a de la difficulté à faire valoir la dignité, le bien-être, la satisfaction et la santé des clients.

*Les services sont mal donnés, parce que ce n'est pas nécessairement « le fit » parfait entre l'auxiliaire et les clients. Les routes aussi font en sorte que les auxiliaires doivent se promener inutilement. Cela fait en sorte que les horaires ne sont pas respectés, les*

*levés à 8 h 30 peuvent se faire à 10 h 30 parfois. Évidemment, quand tu es couché à 20 h 30 et que tu es levé à 10 h30, ça fait 14 heures que tu es dans ton lit, dans ta culotte d'incontinence, plutôt que d'être levé à 8 h 30, 12 heures. C'est quand même déjà long. Ça amène beaucoup d'insatisfactions (participant 4).*

#### 5.2.3.4. Responsabilités divergentes

Trois participants discutent d'enjeux éthiques liés à leurs responsabilités envers deux organisations différentes. De manière plus spécifique, ceux-ci nomment que leurs obligations tant envers l'OEQ qu'envers leur établissement peuvent être difficiles à concilier. Les participants ciblent les exigences de l'OEQ relatives à la tenue des dossiers qui peuvent entrer en conflit avec les exigences des établissements en termes de productivité :

*Mes rapports, je sais qu'il faut que je les fasse et je les fais, mais pour les faire je ne rencontre pas d'autres clients et si je ne rencontre pas de clients, bien j'ai la gestionnaire qui vient me parler. Je suis un peu prise entre les attentes [organisationnelles] et mes obligations en tant qu'ergothérapeute. Si j'étais pour accomplir toute ma tenue de dossier dans le temps qui est alloué au travail, je pense que ça serait facilement deux heures de surplus par jour pour être capable de tout faire (participant 7).*

D'un côté, les obligations de l'ergothérapeute envers l'établissement peuvent favoriser l'accessibilité aux services. D'un autre côté, ses obligations envers l'OEQ peuvent optimiser la qualité des services (p. ex. : lors d'un transfert de dossier) et le bien-être des clients (p. ex. : justesse et exhaustivité des renseignements dans le dossier pour éviter de porter préjudice aux clients).

Dans le même sens, un des participants souligne la problématique de demeurer loyal tant envers l'établissement qu'envers le client. Plus précisément, il est complexe pour ce dernier de répondre aux besoins des clients, tout en faisant preuve de loyauté envers les procédures et les critères établis par son milieu de pratique, dont certaines visent l'égalité et la justice distributive. Un exemple donné par le participant illustre cet enjeu éthique, voire ce conflit de loyauté :

*Lorsque j'ai une démarche à faire pour qu'un client se procure des équipements et que je sais que l'équipement est disponible, mais que normalement, je ne devrais pas le fournir, ça peut être extrêmement tentant de dire : "tant pis, je lui fournis, parce que le temps que je vais sauver sur le plan clinique pour arriver au même résultat". Dans le sens que la personne peut utiliser l'équipement. Donc la tentation était là pour éviter d'avoir plein de démarches à faire et pour me dire : "je vais pouvoir me consacrer à d'autres dossiers avec d'autres priorités" (participant 4).*

#### 5.2.3.5. Inversement du pouvoir

Des enjeux éthiques en lien avec la notion de pouvoir inversée entre les personnes âgées à domicile et les ergothérapeutes sont nommés par trois des participants. En effet, ces derniers soulèvent que les personnes âgées et leurs proches manifestent de manière plus importante leur pouvoir d'action et de décision lorsqu'ils reçoivent des services d'ergothérapie en soutien à domicile. Un extrait de verbatim montre clairement cet inversement de pouvoir :

*Quand on travaille à l'hôpital, on arrive, c'est nous qui menons. Alors que là, on se présente à domicile chez le client, donc c'est le client qui nous accueille : c'est chez lui. La négociation et la compréhension de son vécu, c'est très important (participant 9).*

Ainsi, l'approche centrée sur les clients et le respect de leur autonomie décisionnelle tendent à prévaloir sur une approche paternaliste. Cependant, cet inversement du pouvoir peut également nuire à l'actualisation d'autres valeurs comme la sécurité du client.

#### 5.2.3.6. Soutien organisationnel déficitaire

Deux participants mentionnent qu'ils ont de la difficulté à actualiser des valeurs souhaitables en lien avec un manque de soutien organisationnel. D'abord, un participant mentionne ne pas toujours parvenir à mettre en œuvre des interventions qui favorisent la sécurité, la dignité et l'autonomie des clients lorsque leurs proches portent plainte. L'autonomie professionnelle s'en voit également atteinte. L'extrait suivant en témoigne :

*Parfois, les gestionnaires, quand (...) on sait qu'il risque fortement d'avoir une plainte, ils vont aller à l'encontre de ce qu'on peut recommander pour ne pas avoir de plainte, puis le problème est récurrent, récurrent. Ils ne veulent pas prendre position (participant 2).*

Un participant rapporte ne pas se sentir soutenu dans la résolution d'enjeux éthiques en lien avec les procédures et les limites organisationnelles. Ainsi, des valeurs comme la justice distributive, l'autonomie fonctionnelle et l'équité demeurent à risque d'être compromises, car les sources des enjeux éthiques ne sont pas clarifiées ni réglées avec l'aide et le soutien de gestionnaires de l'établissement. Un exemple de cette situation est illustré dans l'extrait suivant :

*On revient souvent avec ces situations-là de financement d'équipements, en réunion administrative, puis il n'y a jamais de position qui est prise. C'est toujours : "vous devez demander le revenu, si c'est en bas de 100 dollars, normalement", mais s'il y en a à l'entrepôt, on les prête ou on ne les prête pas? On n'a pas vraiment de réponse. Puis, entre nous, on est 4 ergothérapeutes, qu'est-ce qu'on fait? On les prête ou on ne les prête pas? Parce que si je les prête, ceux qui sont à l'entrepôt, mais que toi tu ne les prêtes pas, ça devient inéquitable pour les clients (participant 4).*

#### 5.2.3.7. Instabilité du personnel et effectifs insuffisants

Des enjeux éthiques relatifs au roulement important de personnels et à la pénurie de ressources humaines sont soulignés par un participant à l'étude. Selon ce participant, l'instabilité du personnel représente une limite à la collaboration entre les intervenants. Ainsi, il est plus difficile d'assurer la mise en place de services centrés sur les besoins des clients. De plus, l'instabilité du personnel et le fait que des intervenants ne soient pas remplacés lors des départs, des vacances ou des congés pour maladies compromettent la mise en œuvre de services qui répondent aux besoins des clients et de leurs proches. Le respect des limites personnelles et professionnelles des membres de l'équipe est aussi compromis. Comme l'extrait suivant le témoigne, ces derniers sont confrontés à une charge de travail supplémentaire et aux besoins des clients qui peuvent être hors de leur champ d'expertise :

*L'employeur ne remplace pas ceux qui partent. On a une travailleuse sociale, qui avait un poste 5 jours, qu'ils n'ont pas remplacée. Ça veut dire que les clients sont saupoudrés sur les autres intervenants, donc ça fait en sorte que les gens n'ont pas réponse à leurs besoins et que les aidants sont hyper débordés et en détresse. Autrement, si la travailleuse sociale est nouvelle, les clients peuvent te parler à toi de leurs besoins (participant 4).*

#### 5.2.3.8. Continuum discontinué

Un participant fait référence à la limite d'accessibilité aux soins médicaux et spécialisés qui peut être vécue dans le cadre de la pratique à domicile. Cela peut nuire à l'actualisation d'une pratique éclairée de la part de l'ergothérapeute, qui n'a pas accès à toute l'information qui pourrait lui être utile sur l'état de santé du client. Il en est de même pour le client, qui est en droit d'avoir toute information sur son état de santé. L'extrait suivant témoigne de cet enjeu éthique :

*Quand un client a des problèmes de santé ou qu'il a besoin d'investigation, on n'a pas l'infrastructure hospitalière qui est tout près. Si un client est hospitalisé en neurologie,*

*il y a le neurologue, il y a toute l'équipe médicale avec les différents examens. Tandis que quand tu es à domicile, il faut que le client soit référé, il y a des délais au niveau de l'intervention, c'est plus difficile parfois d'avoir l'information médicale ou la mise à jour de l'état de santé (participant 4).*

#### 5.2.4. Enjeux éthiques en lien avec la nature des services d'ergothérapie

Des enjeux éthiques liés aux services d'ergothérapie en soutien à domicile auprès des aînés sont rapportés par les participants et se déclinent suivant quatre sous-catégories (voir la Figure 6).

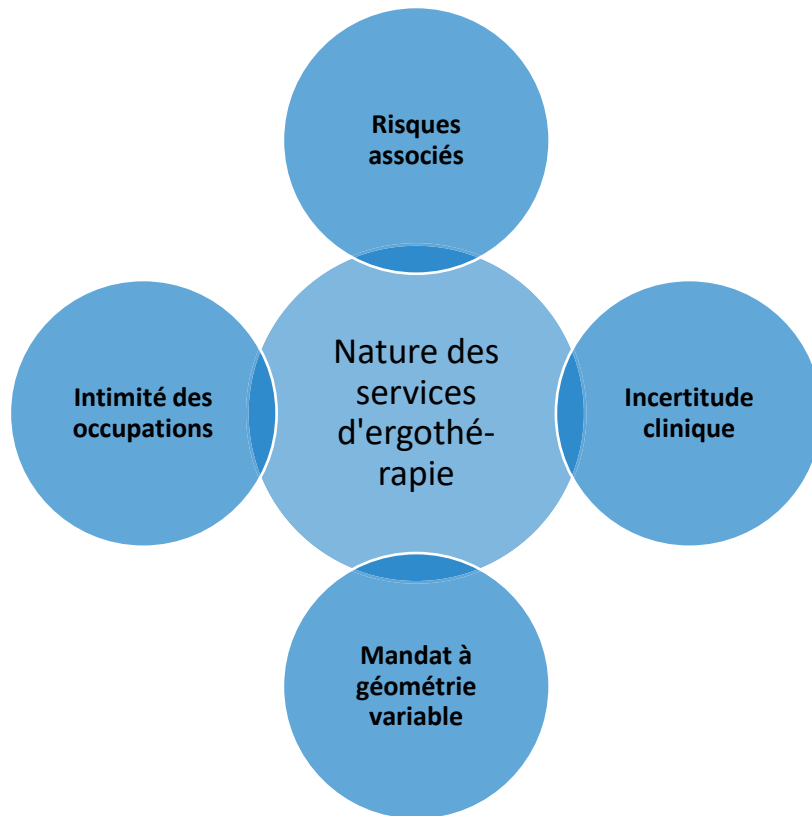


Figure 6. Dimensions des services d'ergothérapie selon les participants

##### 5.2.4.1. Risques associés

Quelques ergothérapeutes ont rapporté qu'ils rencontrent des enjeux éthiques associés aux risques liés à leurs services. Plus spécifiquement, deux participants font référence aux recommandations en ergothérapie qui sont axées davantage sur la sécurité. Un participant discute de la recommandation à une cliente en perte d'autonomie de ne plus utiliser la cuisinière, en vue de réduire le risque de blessures et d'incendie. Cela compromet son autonomie fonctionnelle et son

engagement occupationnel. L'autre participant souligne les risques de déconditionnement de la santé physique et mentale des clients reliés aux recommandations dans le cadre de la prévention des chutes. En effet, il mentionne que les mesures préventives peuvent limiter l'engagement occupationnel, la liberté de déplacement ou de mouvement et les capacités physiques des clients.

Deux autres participants rapportent des enjeux éthiques qui compromettent le respect du consentement éclairé et continu des clients et l'honnêteté. Plus précisément, ces enjeux éthiques sont rencontrés lorsque les services engendrent des conséquences potentiellement négatives sur l'autonomie et le bien-être des clients. L'évaluation fonctionnelle (dans le cadre d'une évaluation de l'aptitude à gérer sa personne et ses biens) et le dépistage pour la conduite automobile sont nommés par les participants. L'extrait suivant illustre cette sous-catégorie d'enjeux éthiques :

*C'est sûr qu'ils sont en accord que j'aie les voir, ils savent que je suis ergothérapeute puis ils ont signé un consentement à tous les services qui vont être donnés par le CLSC. Je leur dis le but de la visite puis tout ça, mais je ne leur dis pas nécessairement pourquoi. Sinon, je ne pourrais pas les évaluer, parce qu'il y en aurait une bonne partie ou la majorité qu'on ne pourrait pas si on leur disait tout d'avance le pourquoi, surtout quand c'est des tests de dépistage pour la conduite automobile. En plus, si ça demande de tout expliquer que c'est pour voir s'ils sont aptes à conduire, ils deviendraient anxieux et ils performeraient encore moins bien au test. Je leur dis que c'est pour vérifier leurs difficultés, puis de voir quel impact cela a au niveau fonctionnel, en restant vague (participant 6).*

#### 5.2.4.2. Incertitude clinique

L'incertitude clinique à l'égard de la capacité des personnes âgées à conduire un véhicule routier est rapportée comme générant des enjeux éthiques selon deux participants. Plus spécifiquement, l'ergothérapeute peut se sentir déchiré entre les valeurs d'autonomie et de sécurité routière lorsque les risques associés à la conduite automobile ne sont pas évidents. Ainsi, les participants vivent une période d'hésitation significative afin de statuer si leur doute est raisonnable, comme cet extrait l'illustre : « Si c'est limite, la difficulté de la conduite, est-ce qu'on déclare, est-ce qu'on ne déclare pas? » (participant 2).

#### 5.2.4.3. Mandat à géométrie variable

Un participant souligne que la réorientation des mandats en cours de suivi, afin de faire preuve d'une pratique compétente, peut être à l'origine d'enjeux éthiques. Comme mentionné dans

l'extrait suivant, l'ergothérapeute souhaite maintenir le lien thérapeutique avec le client et favoriser son autonomie et son bien-être, tout en actualisant sa sécurité et celle de la population :

*La conduite automobile, ou si on suspecte des troubles cognitifs, puis que le motif de référence touchait un transfert au bain, par exemple. C'est sûr que c'est délicat d'aborder cet aspect-là avec la personne et de s'embarquer dans toutes ces démarches-là. On sait que de commencer des démarches, ça peut être très anxiogène pour la personne qui a à vivre ça, puis souvent, ça peut aussi briser le lien thérapeutique (participant 1).*

#### 5.2.4.4. Intimité des occupations

Un des participants souligne un enjeu éthique rencontré en lien avec le caractère intime des occupations quotidiennes considérées dans la pratique :

*Quand je vais en soutien à domicile, je trouve que ce sont des cas qui devraient être plus légers. Ce n'est pas nécessairement le cas, mais ce sont des gens que si je vois qu'on fait semblant et que ça va, je ne leur demanderai pas d'être tout nus devant moi, je trouve ça humiliant. Ce sont mes propres valeurs à moi, mais le moins possible je leur demande d'être nus ou le moins habillé possible. Je trouve que pour l'estime de soi, ça n'a pas besoin. Quand on pratique aussi pour faire les transferts à la toilette et au bain, ils restent habillés et on fait toujours semblant. Je ne le sais pas, c'est sûr qu'on travaille avec notre personnalité (participant 6).*

Cet extrait montre que les valeurs personnelles et les perceptions des ergothérapeutes influencent la manière dont les services sont prodigués, voire la qualité des interventions en lien avec l'exhaustivité et la fidélité des évaluations réalisées.

### 5.3. Pistes de solution actualisées et envisagées

Les pistes de solution actualisées et envisagées par les participants pour surmonter les enjeux éthiques sont catégorisées selon l'adaptation de quatre systèmes tirés du modèle écologique du développement humain de Bronfenbrenner (1979), soit : l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème et le macrosystème (voir la Figure 7). Comme mentionné précédemment, ce modèle est utilisé de façon non orthodoxe dans le cadre de cette étude afin de respecter les discours et les perceptions des participants.



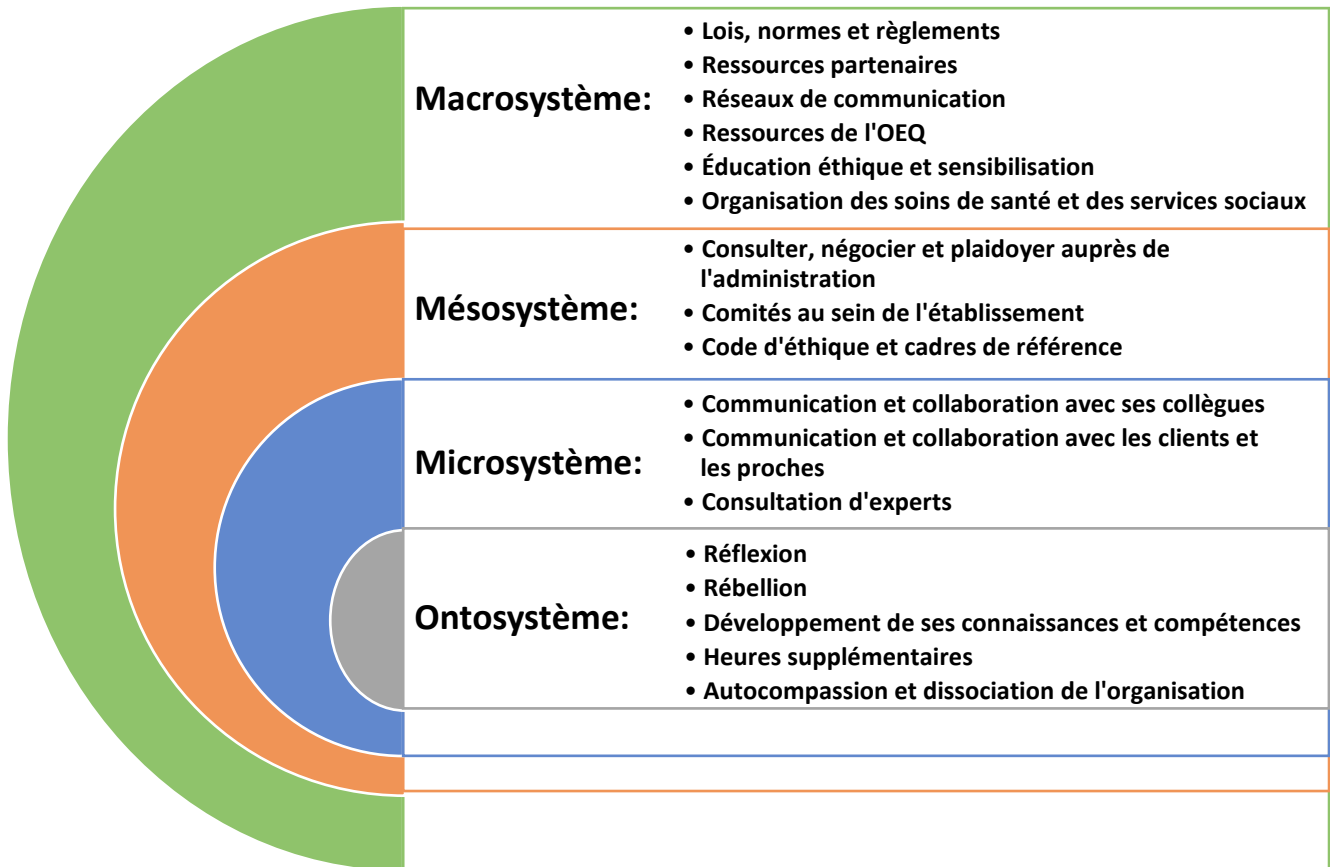


Figure 7. Pistes de solution selon les catégories systémiques de Bronfenbrenner (1979)

### 5.3.1. Pistes de solution de l'ontosystème

Tous les participants nomment des pistes de solution relevant de l'ontosystème. Celles-ci se déclinent en cinq sous-catégories (voir la Figure 8).

Réflexion	Rébellion
Développement de ses connaissances et compétences	Heures supplémentaires
Autocompassion et déresponsabilisation	

Figure 8. Pistes de solution inhérentes à l'ontosystème

### 5.3.1.1. Réflexion

L'ensemble des participants rapportent qu'ils ont recours à la réflexion personnelle pour les aider à faire face aux enjeux éthiques qu'ils rencontrent. Sept des neuf participants utilisent au moins deux stratégies pour orienter leur réflexion. Quatre participants indiquent qu'ils appuient leur réflexion sur leur jugement et leur expérience professionnels, comme l'indique ce participant : « *C'est aussi me rappeler très concrètement toutes les fois où j'ai été confronté à des situations semblables, où il y avait des tentations éthiques* » (participant 5). Cinq ergothérapeutes basent leur réflexion personnelle sur les conséquences des actions possibles et quatre ergothérapeutes utilisent la balance décisionnelle (sopeser les pour et les contre). Quatre participants mentionnent qu'ils considèrent les points de vue des personnes impliquées dans l'enjeu éthique. Enfin, trois participants discutent de la prise de conscience et de la rationalisation. Les extraits suivants illustrent ce dernier type de réflexion :

*Quand les clients ont des valeurs vraiment différentes de nous, puis que ça vient nous chercher, j'essaie d'en prendre conscience le plus possible et de limiter les effets négatifs par rapport à ça* (participant 9).

*Ça ne m'empêche pas, souvent, d'être déçu ou d'être choqué sur le plan clinique, mais en même temps, je me dis : "bon bien si on a donné deux bains, même si je sais que la personne en aurait besoin de trois ou de quatre, je comprends que l'ensemble des gens devraient avoir aussi deux bains". Même si je sais que ce n'est pas l'idéal* (participant 4).

### 5.3.1.2. Rébellion

Quelques ergothérapeutes mentionnent qu'ils peuvent agir à l'encontre des règlements, des procédures et des exigences organisationnelles, en vue de surmonter certains enjeux éthiques. Les deux extraits ici-bas présentent cette piste de solution :

*Même que ça arrive au point où que je vienne hors des barèmes, de qu'est-ce qui nous est imposé, pour des services, ou même pour des prêts des équipements ou quoi que ce soit... je suis confronté avec ça chaque jour* (participant 3).

*De là à dire que je vais agir au détriment du client pour pouvoir maintenir des bonnes statistiques, je me dis : "au pire, je fais de mon mieux, s'ils ne sont pas contents, ils trouveront quelqu'un d'autre"* (participant 1).

### 5.3.1.3. Développement de ses connaissances et de ses compétences

Très peu de participants soulignent qu'ils utilisent des ressources de nature éthique. Ceux qui le font réfèrent à des ressources écrites qu'ils ont déjà consultées à un moment donné dans leur carrière ou mentionnent qu'ils en consultent très rarement. Autrement, les participants utilisent majoritairement des documents et des articles de nature clinique plutôt qu'éthique (ex. : guide de référence, documents de l'OEQ ou articles scientifiques).

Un participant spécifie avoir suivi une formation sur le plan de l'éthique, alors que deux autres participants envisagent cette stratégie pour faire face aux enjeux éthiques plus aisément.

### 5.3.1.4. Heures supplémentaires

Deux participants rapportent qu'ils font des heures supplémentaires non comptabilisées en vue de gérer les enjeux éthiques qu'ils rencontrent, comme l'extrait suivant le démontre :

*Pour prendre plus de temps avec un patient, la façon dont j'ai surmonté ça c'est de faire des heures supplémentaires. Ça n'entre pas dans mes statistiques, c'est tout. Pour le moment, le moyen que j'ai trouvé là-dedans c'est, entre guillemets, d'encaisser un peu, de prendre sur moi et de faire du temps supplémentaire (participant 5).*

### 5.3.1.5. Autocompassion et dissociation de l'organisation

Deux des participants mentionnent qu'ils font preuve d'autocompassion envers eux-mêmes et qu'ils se dissocient des pratiques de leur milieu qu'ils considèrent inacceptables et indéfendables. Ces pistes de solutions sont actualisées particulièrement en ce qui a trait aux enjeux éthiques liés aux décisions des instances organisationnelles. L'extrait ci-dessous en témoigne :

*Je ne prends pas le poids de dire : "nous le CLSC, nous vous refusons ce service-là". C'est la coordonnatrice, je me détache, ou le centre de réadaptation refuse de fournir le fauteuil roulant que vous avez demandé. J'essaie beaucoup de ramener ça aux instances qui sont responsables de la décision, parce que même si je considère comme ergothérapeute que le client bénéficierait de telle aide, je me détache de la décision. J'essaie que ce soit bien clair avec le client que ça ne vient pas de moi (participant 9).*

## 5.3.2. Pistes de solution du microsystème

L'ensemble des participants soulignent des stratégies associées au microsystème. La Figure 9 présente les trois sous-catégories de solutions comprises dans ce système.



Figure 9. Pistes de solution inhérentes au microsystème

#### 5.3.2.1. Communication et collaboration avec ses collègues

Chacun des participants collabore et communique avec leurs collègues (intra et interprofessionnels) pour surmonter les enjeux éthiques qu'ils rencontrent dans leur pratique, comme mentionné dans cet extrait :

*Il y a eu une discussion d'équipe et c'est une décision d'équipe qui a résolu, entre guillemets, le dilemme. Je me suis dit que ce n'est pas à moi de porter ça, que c'est un travail d'équipe, donc dans un sens le dilemme a été résolu parce que je me suis dit : "ok, je ne suis pas seule à raisonner là-dedans et cela ne peut passer que par une responsabilité partagée" (participant 5).*

Un des participants précise qu'il collabore avec ses collègues ergothérapeutes de son milieu de pratique et d'autres établissements connexes par un forum de discussion.

#### 5.3.2.2. Communication et collaboration avec les clients et les proches

Plusieurs ergothérapeutes utilisent aussi la communication et la collaboration avec les clients et les proches comme moyens pour surmonter les enjeux éthiques, tel qu'indiqué dans l'extrait suivant :

*Parfois, on peut appeler la famille quand on a des enjeux et qu'on se dit : "je ne veux pas être toute seule avec ça", parce que ça concerne aussi la famille et souvent elle veut être appelée. Parfois même, la famille nous dit : "j'aurais voulu être au courant". On les appelle, puis on est en mesure de s'orienter davantage dans notre décision, parce que si la personne assume les risques et que le client assume les risques, notre décision éthique, on peut aller vers ça (participant 8).*

Également, un des participants suggère que des documents informatifs destinés aux proches puissent être disponibles afin de clarifier le rôle et les responsabilités de l'ergothérapeute à domicile, en plus des explications habituelles transmises aux clients et à leurs proches.

#### 5.3.2.3. Consultation d'experts

Quelques participants rapportent qu'ils consultent des experts sur les plans légal et éthique. Un participant consulte un contact externe à son milieu de pratique qui a une expertise sur le plan légal afin de clarifier certains questionnements. Un autre participant rapporte qu'il consulte ses collègues de travail ayant de meilleures compétences sur le plan éthique. Enfin, un participant mentionne qu'il pouvait consulter individuellement une personne-ressource de son établissement ayant une expertise sur le plan éthique, mais qu'il n'a plus accès à cette personne-ressource depuis la fusion des établissements qui a créé les Centres intégrés de santé et de service sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).

### 5.3.3. Pistes de solution du mésosystème

Les neuf participants rapportent des pistes de solution inhérentes au mésosystème. Ces solutions se déclinent suivant trois sous-catégories (voir la Figure 10).

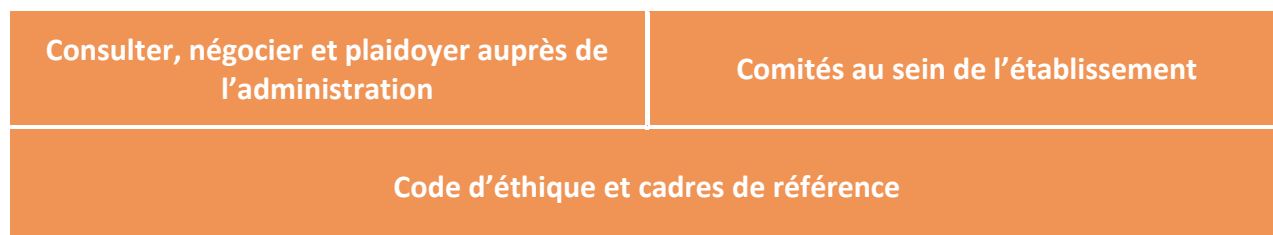


Figure 10. Pistes de solution inhérentes au mésosystème

#### 5.3.3.1. Consulter, négocier et plaider auprès de l'administration

La majorité des participants soulèvent qu'ils consultent les coordonnateurs cliniques et les gestionnaires dans le contexte de résolution d'enjeux éthiques. L'exemple suivant illustre cette stratégie :

*J'ai fait une rencontre avec mon gestionnaire justement pour lui parler du temps supplémentaire que je mettais pour la documentation et que je trouvais que ça influençait beaucoup ma capacité à prendre de nouveaux clients, à voir de nouveaux clients et tout ça. En parlant avec ma gestionnaire, on a trouvé des solutions ensemble (participant 7).*

Aussi, quelques-uns d'entre eux indiquent qu'ils négocient et qu'ils revendiquent avec l'administration, ou suggèrent ce moyen, en vue de surmonter des enjeux éthiques.

### 5.3.3.2. Comités au sein de l'établissement

Le recours à des comités d'éthique (2 participants) et des comités interdisciplinaires (2 participants) est mentionné par des participants. Les comités interdisciplinaires sont définis brièvement comme suit :

*C'est un comité où il y a plusieurs intervenants de plusieurs professions, puis on peut discuter des orientations qu'on aimerait prendre avec tel client (participant 3).*

*Il est possible de demander à ce moment-là, par exemple, à des neuropsychologues de venir assister pour avoir leurs avis sur la situation (participant 4).*

Toutefois, en ce qui concerne le comité d'éthique, un participant mentionne qu'il l'utilisait antérieurement, lorsque ce comité faisait partie de son établissement (avant la fusion des CISSS et des CIUSSS). De même, l'autre participant mentionne qu'il l'a déjà utilisé, mais que cela se produit très rarement.

En bref, l'accès à diverses expertises (éthiques, légales, cliniques) par le biais de ces comités est souligné comme bénéfique par ces participants afin de résoudre les enjeux éthiques. D'ailleurs, la majorité des participants à l'étude suggèrent l'implantation d'une ressource en éthique dans leur milieu, que ce soit sous la forme d'un comité ou d'une expertise individuelle. Certains précisent que la ressource devrait être proximale et facilement accessible. L'extrait de verbatim suivant en témoigne :

*Dans un monde idéal, un comité spécifique pour l'éthique des personnes âgées dans tous les milieux, très accessible. Au moins une personne qui a des connaissances à tous les niveaux éthiques de la personne âgée, qui a beaucoup d'expérience et qu'on peut discuter avec elle n'importe quand. Qui est toujours disponible ou à peu près, qui ne ferait que ça. Ça, c'est à part de l'équipe des autres intervenants qui travaillent*

*déjà avec ce client-là, puis qu'on a déjà des discussions. Donc quelqu'un de spécialisé [en éthique] (participant 6).*

Aussi, quelques participants manifestent le besoin de soutien sur le plan légal :

*Je trouve que souvent, il y a des questions d'ordre légal. Ce n'est pas juste l'éthique au sens pur, mais c'est aussi légalement. C'est quoi mon rôle là-dedans et c'est quoi mes limites? Le comité d'éthique pouvait répondre, mais ce n'était pas un avocat, donc je pense que d'avoir quelqu'un qui est ferré au niveau légal aussi ça pourrait aider (participant 9).*

### 5.3.3.3. Code d'éthique et cadres de référence

Dans le but de surmonter les enjeux éthiques rencontrés dans la pratique, un des participants rapporte qu'il se base sur le code d'éthique de son établissement. Aussi, un autre participant mentionne qu'il utilise les cadres de références et les arbres décisionnels disponibles.

### 5.3.4. Pistes de solution du macrosystème

Quatre participants à l'étude indiquent des pistes de solution relatives au macrosystème, lesquelles se regroupent en cinq sous-catégories (voir la Figure 11).

Lois, normes et règlements	Ressources partenaires
Réseaux de communication	Ressources de l'OEQ
Éducation éthique et sensibilisation	Amélioration des services

Figure 11. Pistes de solution inhérentes au macrosystème

#### 5.3.4.1. Lois, normes et règlements

Deux participants à l'étude soulignent qu'ils se réfèrent respectivement à des lois et à des normes ainsi qu'à des règles déontologiques dans le contexte de résolution des enjeux éthiques.

#### 5.3.4.2. Ressources partenaires

Un participant indique qu'il a la possibilité de faire appel à des ressources partenaires dans le cadre de sa pratique, ce qui l'aide à faire face à certains enjeux éthiques. Toutefois, celui-ci indique que cette piste de solution ne lui permet pas nécessairement de les surmonter: « *Sans qu'on arrive à nos fins, c'est plus facile d'aller cogner à différentes portes. On ne va peut-être pas atteindre le but, mais au moins on va être allés chercher partout où on peut* » (participant 1).

#### 5.3.4.3. Réseaux de communication

Un participant discute de la mise en place et l'accès à des réseaux de communications inter-établissements :

*Il y en a qui sont tous seuls dans certaines régions ou qu'il n'y a pas beaucoup d'ergothérapeutes. J'imagine que là ce serait une bonne idée d'avoir des forums ou des comités, ou quelqu'un qu'on peut contacter, qui n'est pas dans notre milieu nécessairement, mais qui a la même pratique que nous* (participant 2).

#### 5.3.4.4. Ressources de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec

Dans la même optique que la piste de solution précédente, un participant suggère que des réseaux de communication soient offerts par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) à ses membres, sous forme de forum ou de courriel, en vue d'obtenir du soutien lors de situations complexes. L'extrait suivant illustre le raisonnement sous-tendant la suggestion de ce participant :

*Pour être capable de s'entraider et pour avoir un avis professionnel de l'Ordre, parce que l'Ordre est là justement pour protéger le public et ça serait bien d'aider un petit plus de ce côté-là. Ils vont faire des belles recommandations par rapport au côté clinique ou quand il y a des plaintes, mais ça serait bien de leur bord aussi qu'ils soient plus en mode prévention que seulement en mode réaction* (participant 7).

Ce même participant suggère la production et la diffusion d'articles sur le thème de l'éthique par l'OEQ, puisque leurs publications sont facilement accessibles. Il suggère également d'intégrer au portfolio professionnel une partie de démarche réflexive par rapport aux enjeux éthiques vécus dans la pratique. Finalement, un autre participant mentionne la pertinence d'un lien entre les milieux de pratique et l'OEQ, en vue d'harmoniser les exigences respectives de ces deux organisations.



#### *5.3.4.5. Éducation éthique et sensibilisation*

Selon un participant, la formation en éthique devrait être plus importante au cours de la formation universitaire. Un autre participant souligne l'importance de mettre en place des moyens favorables à l'éducation et à la sensibilisation de la population générale et des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux par rapport à la gériatrie et à la fin de vie, afin que ces enjeux soient plus connus et davantage considérés et adressés.

#### *5.3.4.6. Amélioration de l'organisation des soins de santé et des services sociaux*

Quelques participants mentionnent que la stabilisation de l'organisation des soins de santé et des services sociaux, l'augmentation des ressources allouées aux personnes âgées, de même que la diminution de la pression organisationnelle sur le rendement, seraient toutes des solutions contribuant à la résolution d'enjeux éthiques rencontrés dans leur pratique.

## **6. DISCUSSION**

Cette section articule une discussion des résultats de la recherche. Tout d'abord, elle fait un retour aux questions et objectifs de l'étude. Par la suite, les principaux résultats de la recherche sont mis en parallèle avec ceux des écrits et quelques interprétations sont formulées selon chaque catégorie. Trois thèmes émergeant de l'interprétation des résultats dans leur ensemble sont également discutés. Finalement, les forces et les limites de l'étude sont présentées, suivies de ses retombées potentielles sur la pratique de l'ergothérapie, l'enseignement, la recherche et la gouvernance.

### **6.1. Questions et objectifs de la recherche**

Les questions à l'origine de cette étude étaient les suivantes: Quels enjeux éthiques rencontrent, le cas échéant, les ergothérapeutes pratiquant à domicile auprès des aînés? Comment surmontent-ils ou envisagent-ils de surmonter de tels enjeux éthiques? Ce faisant, deux objectifs de recherche découlent de ces questions. Le premier objectif est de décrire les enjeux éthiques que soulève la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des aînés, tels que perçus par les ergothérapeutes ayant une expérience de cette pratique. Le deuxième objectif consiste à repérer les façons dont les ergothérapeutes gèrent ces enjeux éthiques afin de les surmonter ainsi que les solutions qu'ils envisagent pour y parvenir. À la lumière des résultats présentés à la section précédente, il est possible d'affirmer que les objectifs à l'origine de cette recherche ont été atteints, et ce, de manière satisfaisante, puisqu'une présentation des enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des personnes âgées selon la perception des ergothérapeutes a pu être réalisée. De même, un portrait des pistes de solution actualisées ou envisagées par les ergothérapeutes pour surmonter les enjeux éthiques a été dressé.

### **6.2. Enjeux éthiques en lien avec la vulnérabilité de la clientèle**

Cette catégorie d'enjeux éthiques révèle une perspective qui n'a pas été spécifiquement discutée dans les écrits recensés sur la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des aînés. Cependant, une étude relevant du domaine du travail social décrit l'influence des caractéristiques des personnes aînées en situation de vulnérabilité vivant à domicile sur le degré de

soutien à l'autodétermination qui est offert (Healy, 1998). Le statut cognitif et la sécurité sont considérés comme ayant une influence importante sur la décision du travailleur social. D'ailleurs, dans la présente étude, les atteintes sur le plan cognitif représentent un facteur de vulnérabilité nommé par la grande majorité des participants, étant donné que la sécurité physique, affective et financière des aînés peuvent être compromises.

Également, dans une étude visant à explorer le concept de vulnérabilité selon des ergothérapeutes et des physiothérapeutes pratiquant dans la communauté auprès de personnes aînées, l'isolement social et le risque de chutes sont mentionnés (Roland, Theou, Jakobi, Swan, & Jones, 2011). Ces professionnels décrivent la vulnérabilité en fonction des caractéristiques physiques des personnes aînées comme l'historique et le risque de chutes ainsi que les fractures résultantes. De plus, la définition de la vulnérabilité est basée sur les caractéristiques psychosociales des clients comme l'isolement. Cela est donc en concordance avec les facteurs de vulnérabilité identifiés comme sources potentielles d'enjeux éthiques de la pratique de la profession en soutien à domicile auprès des personnes aînées.

En bref, le concept de vulnérabilité apparaît comme étant lié non seulement à des facteurs intrinsèques aux personnes âgées, mais aussi à des facteurs extrinsèques. En effet, les enjeux éthiques relatifs aux facteurs de vulnérabilité des clients concernent également leur réseau social et leurs caractéristiques socioéconomiques, soit leur contexte environnemental.

### **6.3. Enjeux éthiques en lien avec la complexité de la communication et de la collaboration**

Tout d'abord, plusieurs écrits recensés concernant la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des personnes aînées font référence à la complexité de la collaboration avec les clients. De façon similaire aux résultats de la présente recherche, ces écrits abordent la confrontation entre les souhaits, les décisions et les actions des clients avec les valeurs et les recommandations des ergothérapeutes (Clemson et al., 2014; Cliff & McGraw, 2016; Hébert et al., 2011; Lilja et al., 2003; Turcotte et al., 2015; Vik & Eide, 2012). Également, une étude dans le contexte de la pratique de l'ergothérapie en réadaptation auprès des adultes rapporte des enjeux éthiques attribuables à la relation thérapeutique avec les clients, notamment le développement de relations amicales (Kassberg & Skär, 2008). Cela peut être mis en perspective avec les enjeux

éthiques rapportés par quelques participants, lesquels concernent la difficulté à limiter l'implication personnelle auprès des clients en vue de faire valoir une approche adaptée aux besoins de ceux-ci, ainsi que la complexité de l'offre de services basée sur la justice, malgré l'appréciation personnelle de certains clients.

Par la suite, les résultats obtenus relativement aux enjeux éthiques liés à la complexité de la collaboration avec les proches peuvent être mis en parallèle avec des résultats d'autres études documentées dans les écrits. En premier lieu, concernant le refus ou la non-application des recommandations des ergothérapeutes de la part des proches, l'étude de Risteen Hasselkus (1991) discute de la divergence entre les valeurs prioritaires des aidants de personnes âgées vivant à domicile et celles des ergothérapeutes. Il peut d'ailleurs être pertinent de se questionner quant à l'effet de la promotion, voire de l'imposition implicite, des valeurs des ergothérapeutes aux clients et à leurs familles, ce qui affecte en conséquence le degré de collaboration des proches. Outre les valeurs, une autre étude portant sur la pratique de l'ergothérapie et les aidants de personnes âgées à domicile révèle que la perception des proches quant à l'utilité des recommandations des ergothérapeutes influence leur degré d'application de celles-ci (Sheldon & Teaford, 2002). En deuxième lieu, deux études concernant l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des personnes âgées font référence à la pression ressentie par les participants pour répondre aux attentes des proches (Cliff & McGraw, 2016; Vik & Eide, 2012). Toutefois, ces études ne rapportent pas de répercussion à cette pression, contrairement aux résultats de la présente étude qui révèlent que cela peut se rendre jusqu'à la formulation de plaintes de la part des proches.

Ensuite, deux études recensées abordant la pratique à domicile auprès des aînés permettent de faire des liens avec les enjeux éthiques rencontrés par plusieurs participants par rapport à la complexité des relations entre les clients et leurs proches. De façon similaire aux discours des participants, l'étude de Hébert et ses collaborateurs (2011) souligne les enjeux éthiques se rapportant au fait que les personnes âgées ne sont pas toujours tenues informées de leur condition de santé par leurs proches. Cette recherche rapporte également qu'il arrive que les personnes âgées ne divulguent pas toujours les informations quant à leur état de santé à leurs proches. De plus, les conflits familiaux sont rapportés comme des facteurs inhérents aux enjeux éthiques chez des

intervenants œuvrant à domicile auprès des personnes âgées, dont des ergothérapeutes (Vik & Eide, 2012).

Enfin, les écrits recensés ne présentent pas d'enjeux éthiques relatifs à la collaboration avec l'équipe interdisciplinaire comme cela a été rapporté par un des participants. Cependant, la présence de relations de pouvoir au sein des équipes interdisciplinaires a notamment été documentée dans les contextes hospitaliers (Baker, Egan-Lee, Martimianakis, & Reeves, 2011). Cela peut être attribuable au fait que la collaboration interdisciplinaire dans le cadre des services en soutien à domicile est généralement moins régulière ou qu'elle est réalisée avec des équipes interprofessionnelles moins grandes et plus homogènes que dans les contextes institutionnels.

#### **6.4. Enjeux éthiques liés au contexte de pratique (limites et exigences organisationnelles)**

Quelques écrits recensés abordant la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des personnes âgées témoignent du manque de ressources disponibles et des conséquences pour les intervenants, dont les ergothérapeutes, ainsi que pour les services offerts (Clemson et al., 2014; Turcotte et al., 2015; Vik & Eide, 2012). Cela concorde avec le fait que la grande majorité des participants à l'étude ont souligné des enjeux éthiques relatifs à la limitation des services et des coûts, ce qui nuit notamment à la réponse adéquate aux besoins des clients et de leurs proches, c'est-à-dire de manière complète et suffisante.

Ensuite, dans une étude portant sur les soins infirmiers à domicile auprès des personnes âgées, la pression exercée sur la productivité est nommée comme un obstacle à la qualité des soins offerts (Choe et al., 2015). En ce qui a trait aux études recensées en ergothérapie en soutien à domicile auprès de la clientèle âgée, cette pression du rendement n'est pas notée de manière spécifique, alors que les participants ont nommé en grand nombre des enjeux éthiques relevant de ce phénomène organisationnel. Cela a toutefois été souligné auparavant par le biais d'une enquête sur la pratique de l'ergothérapie dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) du Québec à la suite de la réforme du virage ambulatoire (Hébert, Maheux, & Potvin, 2000, 2001), ce qui peut refléter de manière cohérente le discours des participants de la présente recherche. Également, les impacts négatifs de la culture de reddition de comptes et des pressions de performance ont été documentés en ergothérapie d'une manière plus large (Carrier et al., 2016; Drolet et Goulet, 2018; Drolet, Lalancette et Caty, 2019). En plus d'affecter négativement les soins

et les services ainsi que d'occasionner du mal-être au travail et de la détresse éthique, ces pratiques organisationnelles peuvent engendrer de l'aliénation occupationnelle en ergothérapie comme le notent des chercheurs (Durocher et al., 2016). Est-ce à dire que les organisations de santé se dirigent en contresens de la bienveillance et de la bientraitance, à la fois envers les personnes âgées, leurs proches et les intervenants? Cette question mérite d'être posée et d'être éventuellement répondue dans une recherche future.

Dans la même optique, la surcharge de travail administratif est présentée comme un obstacle au temps disponible pour les clients dans une étude traitant des enjeux éthiques des services en soutien à domicile auprès des aînés, incluant l'ergothérapie (Vik & Eide, 2012). Cela peut être mis en perspective avec les enjeux éthiques rapportés par quelques ergothérapeutes ayant participé à cette recherche en lien avec les nombreuses procédures entourant les services, lesquelles sont susceptibles de nuire à la prestation des services. Toutefois, ces derniers discutent des conséquences de ces exigences administratives non seulement sur l'accessibilité et la qualité des services, mais également sur l'autonomie professionnelle. Cela est de plus en plus dénoncé dans une littérature émergente qui condamne les modes managériaux néolibéraux en santé (Baillargeon, 2017; Bourque, 2007; Carrier et al., 2016). Une étude visant à décrire les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie selon des ergothérapeutes québécois présente d'ailleurs un résultat similaire en ce qui a trait à l'autonomie professionnelle : cette valeur peut être compromise par les démarches administratives exigées (Drolet & Maclure, 2016).

L'étude de Vik et Eide (2012) met aussi en lumière que les exigences des organisations de santé peuvent entrer en conflit avec les valeurs personnelles et professionnelles des intervenants à domicile comme l'approche centrée sur les souhaits des clients. Cela peut donc s'apparenter à l'enjeu éthique relevé par un participant en lien avec les responsabilités professionnelles tant envers le client qu'envers le milieu de pratique (responsabilités divergentes). Bien que quelques participants soulignent les enjeux éthiques liés à la difficulté de concilier leurs obligations tant envers l'établissement de pratique qu'envers l'OEQ, ceux-ci ne sont pas reflétés dans les écrits. Cela est cohérent avec les lacunes constatées quant aux écrits portant sur les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie au Québec en soutien à domicile auprès des aînés. Également, l'absence

d'organisme de réglementation dans les pays scandinaves peut expliquer qu'aucun écrit ne souligne ces conflits d'obligations.

### **6.5. Enjeux éthiques en lien avec la nature des services d'ergothérapie**

Les résultats présentés dans cette catégorie d'enjeux éthiques ne sont majoritairement pas retrouvés à travers les écrits recensés. Toutefois, l'incertitude clinique rapportée par deux participants relativement à la capacité des clients à conduire un véhicule routier est abordée dans le domaine du travail social pour l'évaluation de l'aptitude des clients à prendre des décisions et à agir pour eux-mêmes (Healy, 2003). Dans l'étude de Healy (2003), les enjeux éthiques rencontrés par les travailleurs sociaux tendent eux aussi à être exacerbés par la présence d'incertitude clinique. La pression exercée par les collègues de travail est également soulevée par Healy (2003), alors que cela n'est pas énoncé par les participants dans la présente recherche. Une hypothèse sous-tendant ce constat est que la capacité des clients à conduire un véhicule routier peut avoir moins d'influence sur le travail des collègues des ergothérapeutes en soutien à domicile, en comparaison par exemple avec l'aptitude à gérer sa personne. Ce faisant, la pression de la part des collègues de travail des ergothérapeutes serait moindre.

Cette incertitude clinique soulève une hypothèse quant au faible développement du sentiment de compétence chez les ergothérapeutes en lien avec l'évaluation de la capacité à conduire un véhicule routier. Comme soulevé dans l'étude de Cliff et McGraw (2016), les compétences des professionnels de la santé peuvent interférer avec la qualité de la conduite d'évaluations fonctionnelles visant à statuer de l'aptitude des clients à prendre des décisions et à agir pour eux-mêmes. Cela dit, en prévision du vieillissement de la population, cette activité professionnelle est amenée à devenir plus répandue, d'où l'importance du développement des compétences des ergothérapeutes en ce qui a trait à l'évaluation de la conduite automobile.

### **6.6. Pistes de solution aux enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès d'aînés**

Tout d'abord, la grande majorité des participants disent utiliser la réflexion personnelle comme stratégie pour soutenir la résolution des enjeux éthiques qu'ils rencontrent, ce qui est similaire à ce que rapporte Wells (2007). Ensuite, un parallèle intéressant peut être fait avec une

étude sur les enjeux éthiques rencontrés par des intervenants à domicile, dont des ergothérapeutes (Vik & Eide, 2012). En effet, selon ces auteurs, le sentiment d'accomplissement des intervenants est favorisé par la cohérence entre leur pratique et leurs convictions, bien que cela puisse engendrer la transgression des exigences organisationnelles. Cela se réfère aux décisions et aux actions « rebelles » actualisées par certains participants de l'étude dans le but de surmonter les enjeux éthiques qu'ils vivent.

Une autre piste de solution actualisée par l'ensemble des participants est la communication et la collaboration avec l'équipe. Cela concorde avec des écrits recensés qui soulèvent que l'interdisciplinarité optimise la conduite des évaluations de l'aptitude à gérer ses biens et sa personne (Cliff & McGraw, 2016) et l'harmonisation des valeurs entre les divers professionnels (Kinsella et al., 2008). En outre, la collaboration avec les proches des personnes âgées comme moyen pour favoriser le déroulement des services en ergothérapie est soulevée par Risteen Hasselkus (1991) ainsi que Sheldon et Teaford (2002). Cette piste de solution est mise en œuvre par plusieurs participants à l'étude.

Enfin, un des participants aborde la formation universitaire des ergothérapeutes en suggérant de donner une plus grande place à l'éthique. Des recommandations complémentaires à ce résultat sont retrouvées dans une étude recensée, laquelle stipule que l'éducation des ergothérapeutes devrait être plus centrée sur les politiques de santé, la revendication et l'interdisciplinarité afin que ceux-ci soient plus outillés pour surmonter les enjeux éthiques de la pratique (Kinsella et al., 2008). Il faut dire que la place de l'éthique dans la formation universitaire en ergothérapie est encore à ce jour minimale (Hudon et al., 2013).

## **6.7. Regard d'ensemble sur les résultats : Réflexions émergentes**

Trois principaux éléments d'interprétation des résultats sont présentés dans cette section : les tabous relatifs aux aînés, les divergences dans les vécus des participants ainsi que les pistes de solution à travers les niveaux systémiques.

### **6.7.1. Tabous relatifs aux personnes âgées**

Les résultats de cette étude mettent à jour deux tabous entourant les personnes âgées, à savoir un tabou ayant trait au suicide et un autre relatif à la nudité. Au sujet du suicide, un des



participants exprime le silence éthique qu'il a vécu lorsque son doute par rapport au risque de suicide d'un client a été balayé du revers de la main par un psychiatre. Cet enjeu éthique préoccupant soulève un questionnement quant à l'exhaustivité de l'offre de services pour cette clientèle, notamment eu égard à leur santé mentale. En effet, comment est-il possible d'offrir des soins et des services qui permettent de répondre aux besoins des personnes âgées lorsque les problématiques relatives à leur santé mentale comme le suicide ne sont pas considérées ni prises en charge, ou le sont de manière insuffisante? Différentes préconceptions peuvent sous-tendre cette lacune dans les soins et les services, comme le fait de présumer qu'il est normal que les aînés se sentent déprimés ou qu'ils présentent peu de potentiel de rétablissement dû à leur âge avancé. Il est possible que ces présomptions alimentent les silences éthiques entourant les problématiques de santé mentale et la détresse psychologique présentes chez plusieurs aînés.

Par la suite, un silence éthique est mis en lumière par un autre participant, lequel présente sa perception quant aux évaluations en ergothérapie impliquant la nudité chez les personnes âgées, notamment lors des évaluations à l'hygiène ou à la toilette. À partir de ces propos, un tabou sur la nudité chez les personnes âgées a été identifié. En effet, une inférence tend à être créée envers la population âgée, de sorte que les personnes âgées seraient humiliées et n'accepteraient pas leurs corps nus en lien avec les effets de l'avancement en âge. Cela peut être mis en perspective avec la culture de jeunesse et de perfection qui est bien ancrée dans la société à l'heure actuelle. Ainsi, plus l'apparence d'un individu s'éloigne de ce qui est conçu socialement comme beau, plus il est facile de penser que cet individu n'est pas à l'aise avec son image corporelle. Toutefois, cette inférence ne reflète pas les relations uniques que chaque personne entretient avec son corps, lesquelles impliquent que des personnes âgées peuvent tout autant être à l'aise avec leurs corps et présenter une bonne estime d'elles-mêmes, de façon similaire ou comparable à tous les autres groupes d'âge. En somme, il est possible que le rapport qu'une personne âgée entretient avec son corps ne corresponde pas aux présuppositions des ergothérapeutes. L'évaluation à l'hygiène et à la toilette peut certes rendre mal à l'aise certaines personnes, mais il est possible que ce malaise ne dépende pas de leur âge.

Qu'il s'agisse du tabou du suicide ou de celui relatif à la nudité, ces possibles tabous ne révèlent-ils pas une forme d'âgisme? Ce questionnement mérite d'être répondu dans une recherche

future. Ces tabous ne sont que le reflet de plusieurs autres biais que peuvent porter les professionnels de la santé envers la population âgée. Ce faisant, une prise de conscience de ses propres préconceptions et jugements s'avère importante afin de tendre vers une pratique des plus respectueuses de l'éthique et des personnes.

### **6.7.2. Différentes façons de vivre les enjeux éthiques**

De manière générale, les participants ont exprimé des enjeux éthiques similaires malgré leurs différents niveaux d'expérience professionnelle auprès des personnes âgées. Cependant, quelques différences par rapport aux vécus des participants ont tout de même été constatées entre ceux qui ont peu d'années d'expérience auprès de la clientèle âgée et ceux qui en ont plus.

De façon plus particulière, le discours de deux participants qui débutent dans cette pratique met en lumière la difficulté qu'ils peuvent avoir à se restreindre aux limites de la relation thérapeutique avec leurs clients. En effet, ces ergothérapeutes peu expérimentés tendent à prioriser une approche plus personnelle de « *caring* » auprès des clients âgés, s'apparentant à l'éthique de sollicitude (Gilligan, 2008). Ainsi, ceux-ci sont confrontés aux exigences de rendement qui complexifient cette approche. Cette différence par rapport aux autres participants peut engendrer divers questionnements. La période de transition entre l'université et la réalité professionnelle peut-elle expliquer ce phénomène? Le nouvel ergothérapeute peut-il présenter une plus grande vulnérabilité au contre-transfert dans la relation d'aide? Est-ce plutôt attribuable au degré de sensibilité individuelle de chacun? Ce phénomène révèle-t-il une sensibilité aux éléments microsystemiques, plutôt qu'aux éléments méso et macro systemiques?

Également, une seconde observation concerne cette fois les participants ayant un plus grand nombre d'années d'expérience auprès de la clientèle âgée. À travers le discours de ceux-ci, une nostalgie, voire un processus de deuil, est constaté. Par exemple, tous les ergothérapeutes ayant soulevé les enjeux éthiques relatifs à l'organisation des services ont de nombreuses années d'expérience à domicile auprès des personnes âgées, ce qui signifie qu'ils ont probablement vécu plusieurs réformes du système de santé et de services sociaux. De ce fait, ils ont des points de comparaison antérieurs, ce qui peut contribuer à leur capacité de percevoir les enjeux éthiques reliés à l'organisation des services, en contraste avec les autres participants qui n'ont pas vécu de

tels changements. De fait, les ergothérapeutes plus expérimentés sont possiblement plus enclins à percevoir les enjeux méso et macro systémiques.

Ce faisant, il est probable que le vécu des ergothérapeutes sur le plan éthique se module non seulement en concomitance avec les changements systémiques en santé, mais également avec leur évolution personnelle et professionnelle.

### **6.7.3. Pistes de solution à travers les quatre niveaux systémiques**

Parmi les résultats relatifs aux pistes de solution pour faire face aux enjeux éthiques, certains d'entre eux s'apparentent à la résultante d'un sentiment d'impuissance. En effet, réaliser des heures supplémentaires non comptées signifie que les ergothérapeutes tentent de compenser l'absence de solution qui pourrait être plus souhaitable. Aussi, l'adoption d'un comportement « rebelle » de la part de certains participants fait référence au phénomène de renormalisation discutée par des philosophes-ergologues (Schwartz & Durrive, 2009). Plus précisément, les ergothérapeutes tentent de s'approprier du mieux qu'ils le peuvent leur pratique, à travers les normes et les règlements qui leur sont imposés et les diverses contraintes organisationnelles. Cela dit, ceux-ci tendent à faire valoir les valeurs qu'ils jugent préférables et légitimes, ce qui peut impliquer de déroger des procédures et des critères propres à leur milieu de pratique ou d'origine gouvernementale. L'adoption de ces pistes de solution par les participants peut potentiellement être expliquée par la place minimale de l'éthique au sein du parcours universitaire en ergothérapie (Hudon et al., 2013), ce qui peut alimenter le sentiment d'impuissance à surmonter les enjeux éthiques de façon directe.

Dans cette même optique, il est constaté que plusieurs pistes de solution envisagées et suggérées par les participants se retrouvent au niveau du macrosystème, en contraste avec les nombreuses stratégies actualisées dans le cadre de l'ontosystème et du microsystème. Ce constat suggère que les participants ne sont pas ou ne se sentent pas outillés afin d'agir à plus grande échelle pour parvenir à surmonter les enjeux éthiques dont la source relève d'un système plus distal. Cette hypothèse est d'autant plus fondée en constatant que certaines suggestions des participants peuvent être abstraites en ce qui a trait aux solutions du macrosystème. D'ailleurs, les professionnels de la santé sont en général peu formés en ce qui a trait à leurs compétences de

revendication (Drolet, Lalancette, & Caty, 2019), lesquelles peuvent être mises de l'avant dans la résolution d'enjeux éthiques relatifs notamment au contexte de pratique des ergothérapeutes.

### **6.8. Forces et limites de la recherche**

En ce qui concerne les forces de cette recherche, la diversité des profils des ergothérapeutes ayant participé à celle-ci a permis de dresser un portrait riche des enjeux éthiques relatifs à la pratique de l'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées ainsi que des solutions associées. En effet, considérant que les questions et les objectifs de recherche étaient larges, il était visé de recueillir des données auprès de participants présentant divers degrés de compétences sur le plan de l'éthique, des années d'expérience variées en ergothérapie et des régions administratives de pratique différentes. Également, le choix d'un devis d'inspiration phénoménologique descriptif et transcendantal (Husserl, 1970, 1999) a contribué à la préservation de l'essence même des données recueillies auprès des participants. Cela a permis de respecter le discours des ergothérapeutes lors de la collecte des données et de leur analyse. Ainsi, cette étude permet de refléter la réalité du vécu des ergothérapeutes œuvrant auprès des aînés à domicile.

Quant aux limites de l'étude, la saturation des données n'a pas été complètement atteinte malgré le fait que plusieurs données sont devenues répétitives, car d'autres continuaient d'ajouter de nouvelles informations pertinentes à l'étude. Un obstacle principal à l'atteinte de la saturation des données est présent, soit le fait que les données ont été recueillies par une assistante de recherche précédemment, ce qui a fait en sorte que les données n'ont pas été analysées de manière simultanée à la collecte des données. Également, la collecte des données fermées ne m'a pas permis d'approfondir certains discours des participants. Une autre limite concerne les situations de silence éthique. En effet, comment est-il possible de documenter des enjeux éthiques non perçus par des participants? Ainsi, ces situations sont possiblement sous-représentées dans les résultats de la recherche, puisque la méthode actuelle ne permet pas de documenter facilement ce type d'enjeux éthiques.

## 6.9. Retombées de la recherche

Les retombées immédiates de cette étude pour la pratique de l'ergothérapie sont que les participants ont pu prendre conscience des enjeux éthiques inhérents à leur pratique ainsi que réfléchir aux pistes de solution possibles afin de surmonter ceux-ci. De plus, en considérant qu'ils seront également informés des résultats et qu'ils en informeront possiblement leurs collègues, cela pourrait contribuer à sensibiliser les ergothérapeutes pratiquant en soutien à domicile auprès des aînés quant aux enjeux éthiques qu'ils peuvent rencontrer et aux différentes valeurs qui peuvent être compromises. Cette conscientisation éthique pourrait être utile pour réduire les situations de silence éthique. En effet, ces situations sont inévitablement présentes dans le contexte actuel où les besoins outrepassent les ressources (Carrier, Levasseur, & Mullins, 2010), ce qui permet plus difficilement aux ergothérapeutes de s'arrêter et d'approfondir leurs vécus sur le plan éthique. En outre, cette prise de conscience pourrait mener les ergothérapeutes à réfléchir à l'amélioration des manières déjà utilisées pour surmonter les enjeux éthiques, voire à en créer de nouvelles.

Par la suite, les retombées sur le plan de la recherche consistent au fait que cette étude a permis de développer des connaissances relatives aux enjeux éthiques et aux pistes de solution de manière spécifique à la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès des aînés. Cela est d'autant plus pertinent, car ce secteur de pratique présente des besoins croissants en lien avec le vieillissement de la population et les souhaits des aînés quant au maintien d'une qualité de vie satisfaisante à domicile (ISQ, 2016; OEQ, 2017). D'ailleurs, cette section de l'essai critique a articulé des avenues de recherche qui seraient pertinentes à explorer.

Concernant les retombées sur le plan de l'enseignement, il est possible d'explicitier à partir de cette étude que certains besoins sont présents chez les ergothérapeutes relativement aux habiletés à plaider. Cela dit, la formation en ergothérapie pourrait être orientée de façon plus marquée vers le développement des compétences argumentatives, et ce, à divers plans, ne se limitant pas aux clients, par exemple. Pour appuyer ces compétences, il serait pertinent d'envisager un transfert de connaissances plus approfondies sur la politique et la gestion, en regard des instances de santé et de services sociaux, entre autres. Cela pourrait outiller les futurs ergothérapeutes pour leur début carrière et contribuer à réduire le risque qu'ils vivent des sentiments d'impuissance et de détresse éthique. Aussi, comme indiqué plus tôt, il importe de bien

préparer les étudiants en ergothérapie sur le plan de l'éthique, de même que les ergothérapeutes dans le cadre de formations continues.

Enfin, concernant les retombées de cette recherche pour la gouvernance, il est possible de percevoir que les enjeux éthiques proviennent de diverses sources, dont certaines ne sont pas directement liées aux ergothérapeutes. Cela dit, considérant les impacts des changements organisationnels sur la pratique des ergothérapeutes, il s'avère important qu'une collaboration intersystémique (micro-méso-macro) soit favorisée. Notamment, la mise en place de ressources pouvant aider les ergothérapeutes à résoudre les enjeux éthiques d'origine méso ou macrosystémique s'avère être tout à fait pertinente, car une lacune à cet effet est soulevée à travers cette étude. Également, il serait important de remettre en question la culture de reddition de compte et de performance instaurée dans le système de santé et des services sociaux, en considérant sa contribution aux enjeux éthiques chez les professionnels. Des répercussions non négligeables s'en suivent, en épuisant les professionnels et en affectant négativement la qualité des soins et des services (Baillargeon, 2017). Or, sans professionnels en santé, comment allons-nous répondre aux besoins grandissants de la population vieillissante?

## 7. CONCLUSION

Cette étude avait pour but de décrire les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès de personnes âgées ainsi que les manières actualisées et envisagées pour surmonter de tels enjeux. En ce qui a trait aux enjeux éthiques, les résultats obtenus par le biais de cette recherche révèlent des enjeux éthiques rencontrés par les participants en lien avec diverses sources. De manière plus spécifique, des enjeux éthiques sont vécus en lien avec la vulnérabilité de la clientèle. Les facteurs de vulnérabilité des clients sont le déclin de l'autonomie, incluant le besoin d'assistance, les atteintes cognitives et les risques de chutes, les situations d'isolement social ainsi qu'un faible niveau socioéconomique. Par la suite, la complexité de la communication et de la collaboration dans la pratique peut être à l'origine d'enjeux éthiques. En effet, la complexité de la collaboration avec le client, avec les proches du client et avec l'équipe interdisciplinaire, de même que la complexité des relations entre le client et ses proches sont à la source de certains enjeux éthiques. Ensuite, le contexte de pratique des ergothérapeutes, soit les limites et les exigences organisationnelles, représente une autre source importante pouvant engendrer des enjeux éthiques. Cela se traduit plus précisément par la limitation des services et des coûts, la pression du rendement ainsi que l'organisation des services, incluant les critères, les procédures et les services d'aide à domicile. Aussi, les responsabilités divergentes, l'inversement du pouvoir entre l'ergothérapeute et le client, le soutien organisationnel déficitaire, l'instabilité du personnel et les effectifs insuffisants, de même que la discontinuité dans les services représentent des limites et des exigences organisationnelles à l'origine d'enjeux éthiques. Enfin, d'autres enjeux éthiques vécus par les participants sont attribuables à la nature même des services d'ergothérapie, soit les risques qu'ils peuvent engendrer, l'incertitude sur le plan clinique, les mandats à géométrie variable ainsi que l'intimité des occupations adressées. La plupart de ces sources englobent plus d'un enjeu éthique, où une multitude de valeurs sont impliquées. Par exemple, l'autonomie, tant fonctionnelle, décisionnelle que professionnelle, l'approche centrée sur le client, le lien thérapeutique, la signification occupationnelle, l'accessibilité aux soins et aux services, la justice, le bien-être, la dignité, la sécurité et le consentement sont des valeurs qui sont à risque d'être compromises à travers les enjeux éthiques vécus par les participants.

Pour ce qui est des pistes de solution, celles-ci sont en lien avec différents niveaux systémiques (Bronfenbrenner, 1979). En ce qui concerne l'ontosystème, les participants ont rapporté diverses manières favorables pour surmonter les enjeux éthiques, soit la réflexion, la rébellion, le développement de ses connaissances et de ses compétences, la réalisation d'heures supplémentaires ainsi que l'autocompassion et la dissociation de son organisation. Pour ce qui est du microsystème, la communication et la collaboration avec ses collègues, avec les clients et avec les proches des clients, de même que la consultation d'experts dans son entourage, ont été mentionnées par les participants. Concernant le mésosystème, les pistes de solution des participants consistent à consulter, négocier et plaider auprès de l'administration, aux comités d'éthiques et interdisciplinaires ainsi qu'au code d'éthique et aux cadres de référence des établissements. Pour finir, les pistes de solution relevant du macrosystème sont l'utilisation des lois, des normes et des règlements, le partenariat avec des ressources, la mise en œuvre de réseaux de communication et de ressources de la part de l'OEQ, l'éducation éthique des ergothérapeutes et la sensibilisation de la population, de même qu'une meilleure gestion, plus probante et plus humaine, des soins de santé et des services sociaux.

Bien que la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile auprès de personnes âgées ait été étudiée selon une perspective éthique par le biais de cette recherche, il s'avère que celle-ci jette un premier éclairage pour la poursuite du développement des connaissances en ce sens. De fait, à partir de cette étude, il pourrait être pertinent de se pencher sur les facilitateurs et les obstacles à la résolution des enjeux éthiques rencontrés. Ceux-ci devraient être étudiés en considérant notamment les caractéristiques des ergothérapeutes et des milieux de pratique. Dans le même sens, il pourrait être intéressant d'approfondir les raisons des ergothérapeutes sous-tendant l'adoption de certaines pistes de solution en comparaison à d'autres. Également, étant donné que la cueillette des données s'est déroulée pendant la période transitoire de la dernière réforme dans le système de santé et des services sociaux québécois, il serait pertinent d'explorer les conséquences et le vécu des ergothérapeutes depuis cette réforme par rapport aux enjeux éthiques rencontrés dans leur pratique. De même, bien que la pratique de l'ergothérapie en soutien à domicile se distingue sur certains points des autres contextes de pratique auprès des personnes âgées, des études ultérieures pourraient examiner le caractère généralisable des présents résultats.



à d'autres contextes de pratique. Autrement, la section consacrée à la discussion souligne maints questionnements pouvant être répondus dans le cadre de futures recherches.

Ultimement, la visée de telles recherches s'avère être l'amélioration de la qualité de la pratique de l'ergothérapie, en mettant de l'avant des décisions et des actions respectueuses de l'éthique et en contribuant par le fait même au bien-être tant des professionnels que des clients.

## RÉFÉRENCES

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., ... Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2011). *6 cibles pour faire face au vieillissement de la population*. Repéré à [http://www.ville.rimouski.qc.ca/webconcepteurcontent63/000022830000/upload/pdf/six\\_cibles\\_vieillissement\\_rapport\\_2011.pdf](http://www.ville.rimouski.qc.ca/webconcepteurcontent63/000022830000/upload/pdf/six_cibles_vieillissement_rapport_2011.pdf)
- Baillargeon, N. (2017). *La santé malade de l'austérité : Sauver le système public... et des vies!* Saint-Joseph-du-Lac: M. Éditeur.
- Baker, L., Egan-Lee, E., Martimianakis, M. A., & Reeves, S. (2011). Relationships of power: implications for interprofessional education. *Journal of interprofessional care*, 25(2), 98-104.
- Berland, A., Holm, A. L., Gundersen, D., & Bentsen, S. B. (2012). Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(6), 794-801.
- Bjornsdottir, K. (2009). The ethics and politics of home care. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 732-739.
- Bouchard, C. (1987). Intervenir à partir de l'approche écologique: au centre, l'intervenante. *Service social*, 36(2-3), 454-477.
- Bourque, M. (2007). Le nouveau management public comme prémisse aux transformations des systèmes de santé nationalisés : les cas du Québec et du Royaume-Uni. *Revue Gouvernance*, 4(1), 1-13.
- Blass, D. M., Rye, R. M., Robbins, B. M., Miner, M. M., Handel, S., Carroll Jr, J. L., & Rabins, P. V. (2006). Ethical issues in mobile psychiatric treatment with homebound elderly patients: The psychogeriatric assessment and treatment in city housing experience. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 843-848.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2004). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Bushby, K., Chan, J., Druif, S., Ho, K., & Kinsella, E. A. (2015). Ethical tensions in occupational therapy practice: A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(4), 212-221. doi: 10.1177/0308022614564770

- Carrier, A., Levasseur, M., Freeman, A., & Desrosiers, J. (2016). Reddition de compte et optimisation de la performance : impacts sur le choix des interventions ergothérapeutiques. *Santé Publique*, 6(28), 769-780.
- Carrier, A., Levasseur, M., & Mullins, G. (2010). Accessibility of occupational therapy community services: a legal, ethical, and clinical analysis. *Occupational therapy in health care*, 24(4), 360-376.
- Choe, K., Kim, K., & Lee, K. S. (2015). Ethical concerns of visiting nurses caring for older people in the community. *Nursing ethics*, 22(6), 700-710.
- Clemson, L., Donaldson, A., Hill, K., & Day, L. (2014). Implementing person-environment approaches to prevent falls: A qualitative inquiry in applying the Westmead approach to occupational therapy home visits. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(5), p.325-334.
- Cliff, C., & McGraw, C. (2016). The conduct and process of mental capacity assessments in home health care settings. *British Journal of Community Nursing*, 21(11), 570-577.
- Corbière, M., & Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- De Coninck, L., Bekkering, G. E., Bouckaert, L., Declercq, A., Graff, M. J. L., & Aertgeerts, B. (2017). Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(8), 1863-1869. doi: 10.1111/jgs.14889
- Denton, M., Brookman, C., Zeytinoglu, I., Plenderleith, J., & Barken, R. (2015). Task shifting in the provision of home and social care in Ontario, Canada: implications for quality of care. *Health & social care in the community*, 23(5), 485-492.
- Drolet, M.-J. (2014). *De l'éthique à l'ergothérapie. La philosophie au service de la pratique ergothérapeutique* (2<sup>e</sup> éd.). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Drolet, M.-J., & Goulet, M. (2018). Les barrières et facilitateurs à l'actualisation des valeurs professionnelles : perceptions d'ergothérapeutes du Québec. *Revue ergOTHérapie. La revue française de l'ergothérapie*, 71, 31-50.
- Drolet, M.-J., Lalancette, M., & Caty, M.-E. (2019). *ABC de l'argumentation : pour les professionnels de la santé et toute autre personne qui souhaite convaincre* (2<sup>e</sup> éd.). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

- Drolet, M. J., & Maclure, J. (2016). Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie: perceptions d'ergothérapeutes. *Approches inductives: Travail intellectuel et construction des connaissances*, 3(2), 166-196.
- Drolet, M.-J., & Sauvageau, A. (2016). Developing Professional Values: Perceptions of Francophone Occupational Therapists in Quebec-Canada. *Scandinavian Journal Occupational Therapy*, 23(4), 286-296. Doi: 10.3109/11038128.2015.1130168.
- Durocher, E., Kinsella, E. A., McCorquodale, L., & Phelan, S. (2016). Ethical tensions related to systemic constraints: Occupational alienation in occupational therapy practice. *Occupation, Participation and Health*, 36(4), 216-226.
- Edwards, H., & Dirette, D. (2010). The relationship between professional identity and burnout among occupational therapists. *Occupational Therapy in Health Care*, 24, 119-29.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3<sup>e</sup> éd.). Montréal, Québec : Chenelière Éducation.
- Fülöp, Tamàs. (2007). Biologie du vieillissement. Dans Arcand, M., & Hébert, R. (dir.), *Précis pratique de gériatrie* (3<sup>e</sup> éd., p.17-35). Acton Vale, QC : Edisem.
- Garcia, T. (2006). Ethics in home care. *Home Health Care Management & Practice*, 18(2), 133-137.
- Gilligan, C. (2008). *Une voix différente. Pour une éthique du care*. Paris, France : Flammarion.
- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théories, pratique et évaluation. Dans J. Poupart, L.H. Groulx, J.P. Deslauriers, A. Lapierre, R. Mayer et A.P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p.341-364). Boucherville : Gaëtan Morin.
- Gouvernement du Québec. (2012). *Vieillir et vivre ensemble – Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5234-MSSS.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2017). *Le système de santé et de services sociaux au Québec: en bref*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-731-01WF.pdf>
- Grace, P. J., & Hardt, E. J. (2008). When a patient refuses assistance. *AJN The American Journal of Nursing*, 108(8), 36-38.
- Healy, T. C. (1998). The complexity of everyday ethics in home health care: An analysis of social workers' decisions regarding frail elders' autonomy. *Social Work in Health Care*, 27(4), 19-37.

- Healy, T. C. (2003). Ethical decision making: Pressure and uncertainty as complicating factors. *Health & Social Work, 28*(4), 293-301.
- Hébert, M., Maheux, B., & Potvin, L. (2000). L'ergothérapie dans les CLSC du Québec après le virage ambulatoire (1<sup>ère</sup> partie). *Revue québécoise d'ergothérapie, 9*, 23-38.
- Hébert, M., Maheux, B., & Potvin, L. (2001). L'ergothérapie dans les CLSC du Québec après le virage ambulatoire (2<sup>e</sup> partie). *Revue québécoise d'ergothérapie, 10*(1), 16-22.
- Hébert, M., Maheux, B., & Potvin, L. (2002). Théories qui émergent du quotidien de la pratique communautaire de l'ergothérapie. *Revue canadienne d'ergothérapie, 69*(1), 31-39.
- Hébert, M., Nour, K., Durivage, P., Wallach, I., Billette, V., & Freitas, Z. (2011). Les pratiques de soins palliatifs à domicile : lieu d'exclusion sociale des personnes âgées en fin de vie? *La Revue canadienne du vieillissement, 30*(2), p.259-269. doi : 10.1017/S0714980811000122
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and health care* (3<sup>e</sup> éd.). Oxford, Royaume-Uni : Wiley-Blackwell.
- Hudon, A., Laliberté, M., Hunt, M., Sonier, V., Williams-Jones, B, Mazer, ... Enhmann Feldman, D. (2013). What place for ethics? An overview of ethics teaching in occupational therapy and physiotherapy programs in Canada. *Disability & Rehabilitation, 1*-6.
- Husserl, E. (1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology: An introduction to phenomenological philosophy*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Husserl, E. (1999). The train of thoughts in the lectures. Dans E. C. Polifroni & M. Welch (dir.), *Perspectives on philosophy of science in nursing: An historical and contemporary anthology* (p.247-262). Philadelphie, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Institut de la statistique du Québec. (2013). Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité. *Santé, 2*, p.1-261.
- Institut de la statistique du Québec. (2016). Coup d'œil sur les soins et services à domicile reçus par les aînés au Québec en 2013-2014 : Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. *Zoom Santé, 57*, p.1-8.
- Kadushin, G., & Egan, M. (2001). Ethical dilemmas in home health care: A social work perspective. *Health & social work, 26*(3), 136-149.
- Kälvemark, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P., & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine, 58*, 1075-1084. doi: 10.1016/S0277-9536(03)00279-X

- Kassberg, A. C., & Skär, L. (2008). Experiences of ethical dilemmas in rehabilitation: Swedish occupational therapists' perspectives. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15(4), 204-211.
- Kim, H., & Stoner, M. (2008). Burnout and turnover intention among social workers: Effects of role stress, job autonomy and social support. *Administration in Social Work*, 32(3), 5-25.
- Kinsella, E. A., Park, A. J. S., Appiagyei, J., Chang, E., & Chow, D. (2008). Through the eyes of students: Ethical tensions in occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(3), 176-183.
- Lefebvre, H., Levert, M. J., Le Dorze, G., Croteau, C., Gélinas, I., Therriault, P. Y., ... & Samuelson, J. (2013). Un accompagnement citoyen personnalisé en soutien à l'intégration communautaire des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral : vers la résilience? *Recherche en soins infirmiers*, 4(115), 107-123.
- Legault, G. A. (2008). *Professionnalisme et délibération éthique. Manuel d'aide à la décision responsable*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Lilja, M., Bergh, A., Johansson, L., & Nygard, L. (2003). Attitudes towards rehabilitation needs and support from assistive technology and the social environment among elderly people with disability. *Occupational Therapy International*, 10(1), 75-93.
- Linzer, N. (2002). An ethical dilemma in home care. *Journal of Gerontological Social Work*, 37(2), 23-34.
- Massé, R. (2003). *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*. Québec, QC: Les Presses de l'Université Laval.
- Munhall, P. L. (2012). *Nursing research: A qualitative perspective* (5<sup>e</sup> éd.). Sudbury, MA : Jones & Bartlett.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2012). *L'ergothérapie et la capacité à conduire une automobile*. Repéré à <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/7-lergotherapie-et-la-capacite-a-conduire-une-automobile.html>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2017). *Position de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec sur les services de soutien à domicile : huit conditions pour une dispensation optimale de services aux aînés, en temps opportun et en continuité*. Repéré à <https://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/18~v~position-de-l-ordre-des-ergotherapeutes-du-quebec-sur-les-services-de-soutien-a-domicile-huit-conditions-pour-une-dispensation-optimale-de-services-aux-aines-en-temps-opportun-et-en-continueite.pdf>

- Oude Engberink, A., Badin, M., Serayet, P., Pavageau, S., Lucas, F., Bourrel, G., ... & Senesse, P. (2017). Patient-centeredness to anticipate and organize an end-of-life project for patients receiving at-home palliative care: a phenomenological study. *BMC family practice*, 18(1), 27.
- Plastow, N. A. (2006). Is big brother watching you? Responding to tagging and tracking in dementia care. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(11), 525-527.
- Risteen Hasselkus, B. (1991). Ethical Dilemmas in Family Caregiving for the Elderly: Implications for Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(3), p.206-212.
- Roland, K. P., Theou, O., Jakobi, J. M., Swan, L., & Jones, G. R. (2011). Exploring frailty: community physical and occupational therapists' perspectives. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 29(4), 270-286.
- Schwartz, Y., & Durrive, L. (2009). *L'activité en dialogues. Entretiens sur l'activité humaine (II)*. Toulouse, France: Octarès.
- Severinsson, E. (2003). Moral stress and burnout: Qualitative content analysis. *Nursing and Health Sciences*, 5, 59-66.
- Sheldon, M. M., & Teafor, M. H. (2002). Caregivers of people with Alzheimer's dementia: An analysis of their compliance with recommended home modifications. *Alzheimer's Care Today*, 3(1), 78-81.
- Steultjens, E. M. J., Dekker, J., Bouter, L. M., Jellema, S., Bakkers, E. B., van Den Ende, C. H. M. (2004). Occupational therapy for community dwelling elderly people: A systematic review. *Age and Ageing*, 33(5), 453-460. doi: 10.1093/ageing/afh174
- Swisher, L., Arslanian, L. E., & Davis, C. M. (2005). The Realm-Individual-Process-Situation (RIPS) model of ethical decision-making. *HPA Resource - Official Publication of the American Physical Therapy Association Section on Health Policy and Administration*, 5(3) 1-8.
- Turcotte, P.-L., Carrier, A., Desrosiers, J., & Levasseur, M. (2015). Are health promotion and prevention interventions integrated into occupational therapy practice with older adults having disabilities? Insights from six community health settings in Québec, Canada. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(1), 56-67. doi: 10.1111/1440-1630.12174
- Vik, K., & Eide, A. H. (2012). The exhausting dilemmas faced by home-care service providers when enhancing participation among older adults receiving home care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 26(3), 528-536. doi : 10.1111/j.1471-6712.2011.00960.x
- Wells, J. K. (2007). Ethical dilemma and resolution: a case scenario. *Indian Journal of Medical Ethics*, 4(1), 31-3.





**ANNEXE A**  
**QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE**

Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations sur vous. Soyez assuré que ces informations demeureront strictement confidentielles. Elles ne permettront pas de vous identifier.

---

**A) Caractéristiques personnelles**

1. Quel est votre âge? \_\_\_\_\_
2. Quel est votre genre (sexe)? \_\_\_\_\_
3. Quelle est votre langue maternelle? \_\_\_\_\_
4. Quelle langue parlez-vous le plus à la maison? \_\_\_\_\_
5. Quelle est votre langue de travail? \_\_\_\_\_
6. Dans quel pays êtes-vous né(e)? \_\_\_\_\_
7. Si vous êtes né(e) au Canada, dans quelle province êtes-vous né(e)? \_\_\_\_\_
8. À quel groupe ethnique estimez-vous appartenir? Cochez la réponse qui s'applique.  
  
\_\_\_\_\_ Asiatiques (ex. Cambodgien, Chinois, Coréen, Japonais, Vietnamien...)  
\_\_\_\_\_ Caucasiens (ex. Australien, Européen, Nord-américain...)  
\_\_\_\_\_ Hispanophones ou Latino-américains (ex. Brésilien, Cubain, Espagnol, Portugais...)  
\_\_\_\_\_ Moyen ou Extrême Orientaux (ex. Afghan, Iranien, Israélien, Libanais, Tunisien...)  
\_\_\_\_\_ Noirs (ex. Afro-américain, Haïtien, Jamaïquain, Sénégalais...)  
\_\_\_\_\_ Peuples des Iles du Pacifique ou de l'Océan indien  
\_\_\_\_\_ Premières Nations ou Peuples nomades (ex. Autochtone, Métis, Mongol, Rom, Touareg...)
9. À quelle religion adhérez-vous? Cochez la case appropriée.  
  
\_\_\_\_\_ Aucune (je suis athée)  
\_\_\_\_\_ Bouddhisme  
\_\_\_\_\_ Chrétienne (catholique, orthodoxe ou protestante)  
\_\_\_\_\_ Confucianisme  
\_\_\_\_\_ Hindouisme  
\_\_\_\_\_ Religion autochtone  
\_\_\_\_\_ Religion juive

- ☐ Religion musulmane  
☐ Religion traditionnelle africaine  
☐ Taoïsme

## B) Formation universitaire

- De quelle université avez-vous obtenu votre baccalauréat en ergothérapie?  
\_\_\_\_\_
- De quelle université avez-vous obtenu votre maîtrise en ergothérapie, le cas échéant?  
\_\_\_\_\_
- Quelle(s) autre(s) formation(s) universitaire(s) avez-vous complétée(s), le cas échéant?  
Indiquez le nom de chacun des programmes et celui des universités.

Nom du programme de formation	Nom de l'université

- Quel est votre plus haut degré de scolarité complété? Cochez la case appropriée.

- ☐ Baccalauréat  
☐ Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS)  
☐ Maîtrise  
☐ Doctorat  
☐ Post-Doctorat

- Avez-vous suivi une ou des formations en éthique? Cochez la case appropriée.

- ☐ Aucune  
☐ Formation de quelques heures ou jours  
☐ Cours universitaire entièrement dédié à l'éthique  
☐ Plusieurs cours universitaires entièrement dédiés à l'éthique  
☐ Diplôme universitaire dédié à l'éthique

## C) Expérience professionnelle

- Depuis combien d'années êtes-vous ergothérapeute? \_\_\_\_\_

2. Combien d'années avez-vous exercé le rôle d'ergothérapeute auprès de personnes âgées en établissement? \_\_\_\_\_

3. Quel est votre principal titre d'emploi actuellement? Cochez la case appropriée.  
*Une seule réponse possible.*

- \_\_\_\_\_ Clinicien  
 \_\_\_\_\_ Coordonnateur clinique  
 \_\_\_\_\_ Chef d'équipe  
 \_\_\_\_\_ Gestionnaire  
 \_\_\_\_\_ Agent de planification de programme et de recherche  
 \_\_\_\_\_ Conseiller  
 \_\_\_\_\_ Autre, spécifiez : \_\_\_\_\_

4. Quelle est la/les problématique(s) prédominante(s) de la clientèle auprès de laquelle vous intervenez? Indiquez l'ordre de prédominance (1, 2, 3...) si possible lorsque plusieurs problématiques prédominantes sont présentes.

- \_\_\_\_\_ Santé cognitive (ex. DI, TSA, démence...)  
 \_\_\_\_\_ Santé mentale ou dépendance  
 \_\_\_\_\_ Santé physique  
 \_\_\_\_\_ Santé publique (ex. promotion de la santé, prévention des accidents...)  
 \_\_\_\_\_ Santé sociale (ex. itinérance, délinquance...)

5. Dans quel type d'établissement ou organisme travaillez-vous la majeure partie de votre temps (auprès de personnes âgées)? Cochez une seule case.

- \_\_\_\_\_ Centre ambulatoire, clinique externe ou centre de jour  
 \_\_\_\_\_ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (CRDI-TSA)  
 \_\_\_\_\_ Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP)  
 \_\_\_\_\_ Centre de réadaptation en dépendance (CRD)  
 \_\_\_\_\_ Centre d'hébergement (CHSLD, RI, RTF)  
 \_\_\_\_\_ Centre hospitalier ou institut universitaire  
 \_\_\_\_\_ Centre local de services communautaires (CLSC)  
 \_\_\_\_\_ Clinique privée, entreprise ou pratique autonome  
 \_\_\_\_\_ Établissement d'enseignement post-secondaire ou centre de recherche  
 \_\_\_\_\_ Organisme communautaire et associatif  
 \_\_\_\_\_ Organisme gouvernemental, organisme paragouvernemental  
 \_\_\_\_\_ Résidence privée ou centre privé pour personnes âgées  
 \_\_\_\_\_ Autre, spécifiez : \_\_\_\_\_

6. Si vous travaillez en centre hospitalier la majeure partie de votre temps, à quelle unité travaillez-vous le plus souvent (auprès de personnes âgées)?

☐ Unité ambulatoire d'évaluation spécialisée  
☐ Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)  
☐ Unité de courte durée gériatrique (UCDG)  
☐ Unité gériatrique de soins prolongés  
☐ Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF)  
☐ Soins palliatifs  
☐ Autre (précisez si possible : \_\_\_\_\_)

7. À quel groupe ethnique appartient la clientèle auprès de laquelle vous intervenez la plupart du temps? Cochez la case appropriée. *Une seule réponse possible.*

☐ Asiatiques (ex. Cambodgien, Chinois, Coréen, Japonais, Vietnamien...)  
☐ Caucasiens (ex. Australien, Européen, Nord-américain...)  
☐ Hispanophones ou Latino-américains (ex. Brésilien, Cubain, Espagnol, Portugais...)  
☐ Moyen ou Extrême Orientaux (ex. Afghan, Iranien, Israélien, Libanais, Tunisien...)  
☐ Noirs (ex. Afro-américain, Haïtien, Jamaïquain, Sénégalais...)  
☐ Peuples des Iles du Pacifique ou de l'océan Indien  
☐ Premières Nations ou Peuples nomades (ex. Autochtone, Métis, Mongol, Rom, Touareg...)  
☐ Autre groupe culturel, spécifiez : \_\_\_\_\_

8. Dans quelle région administrative du Québec travaillez-vous généralement? Cochez une seule case.

☐ Bas Saint-Laurent (01)  
☐ Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)  
☐ Capitale-Nationale (03)  
☐ Mauricie (04)  
☐ Estrie (05)  
☐ Montréal (06)  
☐ Outaouais (07)  
☐ Abitibi-Témiscamingue (08)  
☐ Côte-Nord (09)  
☐ Nord-du-Québec (10)  
☐ Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)  
☐ Chaudière-Appalaches (12)  
☐ Laval (13)  
☐ Lanaudière (14)  
☐ Laurentides (15)  
☐ Montérégie (16)  
☐ Centre-du-Québec (17)

9. Avez-vous déjà vécu un ou des épuisements professionnels?

---

10. Souhaitez ajouter autre chose? Merci de le spécifier ici, le cas échéant.

---

---

---

---

11. Pour vous remercier de votre participation, merci d'indiquer ici l'adresse à laquelle vous faire parvenir le montant compensatoire de 25\$ :

---

---

---

---

**Merci énormément d'avoir rempli ce questionnaire et de participer à cette étude!**

## **ANNEXE B**

### **SCHÉMA DE L'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE**

*Les enjeux éthiques que pose la pratique de l'ergothérapie à domicile auprès de personnes âgées et les manières de surmonter de tels enjeux*

### **SCHÉMA DE L'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE**

*Merci d'avoir accepté de participer à cette recherche sur les enjeux éthiques que pose la pratique de l'ergothérapie auprès de personnes âgées en établissement. Votre contribution à l'avancement des connaissances dans ce domaine peu exploré par les chercheurs est grandement appréciée. Je vous rappelle que toute information nominative (noms des personnes, partenaires et établissements) divulguée ici restera confidentielle et ne sera utilisée que pour ce projet de recherche. Au-delà des différentes catégories d'enjeux éthiques, le but de cette collecte de données est de vous offrir l'opportunité de parler des enjeux éthiques que pose votre pratique et de partager vos expériences vécues en ce sens. Il n'y a donc pas de bonne ni de mauvaise réponse. Si vous êtes d'accord, je vais débiter l'enregistrement audionumérique de l'entrevue.*

### **RÉCHAUFFEMENT**

Nous avons bien reçu le questionnaire sociodémographique que vous avez rempli, merci beaucoup. Nous allons l'examiner plus en profondeur éventuellement. Pour débiter cette entrevue, nous aimerions connaître votre perception de votre pratique de l'ergothérapie.

- A. Pouvez-vous me décrire brièvement votre pratique de l'ergothérapie depuis la fin de vos études?
- B. Combien de temps avez-vous travaillé comme ergothérapeute auprès de personnes âgées en établissement?
- C. Quelle est votre appréciation générale de cette pratique (points positifs et négatifs)?
- D. Pourquoi avez-vous opté pour cette pratique?

### **PARTIE 1 : LES ENJEUX ÉTHIQUES DE LA PRATIQUE**

1. Vous arrive-t-il de rencontrer des enjeux éthiques (*un enjeu éthique peut être défini comme une situation où au moins un bien éthique (comme une valeur éthique) est compromis pour toute sorte de raison*) ? À quelle fréquence rencontrez-vous de tels enjeux?

2. Il existe dans les écrits plusieurs types d'enjeux éthiques comme le dilemme éthique, la tentation éthique, le silence éthique et la détresse éthique (Swisher et al., 2005). Si vous êtes d'accord, nous poursuivrons l'examen des enjeux éthiques à l'aide de cette typologie des enjeux. Vous arrive-t-il de vivre des situations de dilemme éthique quant à la décision ou à l'action que vous devriez réaliser? Pourriez-vous donner des exemples concrets.

*(Un dilemme éthique correspond à une situation qui oppose au moins deux valeurs légitimes et désirables. Dans ce genre de situation, le professionnel est déchiré quant à l'action à accomplir, car la situation oppose au moins deux biens éthiques importants (vertus ou actions justes) inconciliables ou deux valeurs légitimes et désirables. Ce genre de situation requiert du jugement éthique de la part du professionnel).*

3. Vous arrive-t-il de vivre des situations où vous savez ce que vous devriez faire, mais êtes tenté pour toutes sortes de raisons d'agir autrement (tentation éthique ou conflit d'intérêts) ? Pourriez-vous donner des exemples concrets.

*(La tentation éthique consiste en une situation au sein de laquelle une valeur légitime et désirable est opposée à une valeur illégitime et non désirable. Les situations de conflit d'intérêt sont des exemples de ce type d'enjeu. Dans ce genre de situation, le professionnel est partagé entre un bien éthique et un mal éthique. Plus encore, il est tenté de choisir le mal éthique, en raison des bénéfices personnels qu'il tire de cette option. Ce genre de situation requiert du courage éthique de la part du professionnel afin qu'il puisse choisir le bien éthique au détriment du mal éthique et qu'il persévère en ce sens).*

4. Vous arrive-t-il de vivre des enjeux éthiques, mais que ceux-ci ne sont pas discutés dans votre milieu (silence éthique) ? Pourriez-vous donner des exemples concrets.

*(Le silence éthique correspond à une situation où une ou plusieurs valeurs sont mises en péril, mais personne ne les discute ni ne les aborde, pour diverses raisons. Il est par exemple possible que le professionnel ne soit pas en mesure de repérer la ou les valeurs bafouées dans la situation ou que la délibération éthique soit contrainte dans son milieu pour différentes raisons).*

5. Vous arrive-t-il de vivre des situations où vous savez ce que vous devriez faire, mais rencontrez des barrières qui vous empêchent de réaliser ce que vous devriez faire ? Le cas échéant, avez-vous déjà ressenti une certaine détresse (détresse éthique) ? Pourriez-vous donner des exemples concrets.

*(La détresse éthique se présente lorsqu'un professionnel connaît la bonne action, l'action juste ou vertueuse à réaliser, mais rencontre des barrières qui l'empêchent de l'accomplir et d'actualiser, ce faisant, la ou les valeurs légitimes et désirables aux assises de cette action. Ce*

*faisant, celui-ci est amené à vivre des émotions négatives, ce qui peut contribuer à l'épuiser affectivement, moralement).*

6. D'après vous, dans quelle mesure les enjeux éthiques que pose la pratique de l'ergothérapie auprès de personnes âgées en établissement sont-ils spécifiques à cette pratique ? Autrement dit, sont-ils semblables ou différents comparativement aux enjeux éthiques que pose la pratique de l'ergothérapie avec d'autres clientèles ? Si oui ou non, dans quelle mesure ? Expliquez.

## **PARTIE 2 : LES MANIÈRES DE SURMONTER CES ENJEUX**

7. Comment surmontez-vous les enjeux éthiques (*un enjeu éthique peut être défini comme une situation où au moins une valeur légitime et désirable est compromise pour toute sorte de raison*) que pose votre pratique ? Expliquez.

8. Comment surmontez-vous les dilemmes éthiques que soulève votre pratique ? Pourriez-vous donner des exemples concrets.

*(Un dilemme éthique correspond à une situation qui oppose au moins deux valeurs légitimes et désirables. Dans ce genre de situation, le professionnel est déchiré quant à l'action à accomplir, car la situation oppose au moins deux biens éthiques importants (vertus ou actions justes) inconciliables ou deux valeurs légitimes et désirables. Ce genre de situation requiert du jugement éthique de la part du professionnel).*

9. Comment surmontez-vous les tentations éthiques que soulève votre pratique ? Pourriez-vous donner des exemples concrets.

*(La tentation éthique consiste en une situation au sein de laquelle une valeur légitime et désirable est opposée à une valeur illégitime et non désirable. Les situations de conflit d'intérêt sont des exemples de ce type d'enjeu. Dans ce genre de situation, le professionnel est partagé entre un bien éthique et un mal éthique. Plus encore, il est tenté de choisir le mal éthique, en raison des bénéfices personnels qu'il tire de cette option. Ce genre de situation requiert du courage éthique de la part du professionnel afin qu'il puisse choisir le bien éthique au détriment du mal éthique et qu'il persévère en ce sens).*

10. Comment surmontez-vous les silences éthiques que soulève votre pratique ? Pourriez-vous donner des exemples concrets.

*(Le silence éthique correspond à une situation où une ou plusieurs valeurs sont mises en péril, mais personne ne les discute ni ne les aborde, pour diverses raisons. Il est par exemple possible que le professionnel ne soit pas en mesure de repérer la ou les valeurs bafouées dans la situation ou que la délibération éthique soit contrainte dans son milieu pour différentes raisons).*



11. Comment surmontez-vous les situations de détresse éthique que soulève votre pratique ?  
Pourriez-vous donner des exemples concrets.  
*(La détresse éthique se présente lorsqu'un professionnel connaît la bonne action, l'action juste ou vertueuse à réaliser, mais rencontre des barrières qui l'empêchent de l'accomplir et d'actualiser, ce faisant, la ou les valeurs légitimes et désirables aux assises de cette action. Ce faisant, celui-ci est amené à vivre des émotions négatives, ce qui peut contribuer à l'épuiser affectivement, moralement).*
12. Consultez-vous les ressources éthiques à votre disposition pour résoudre ces enjeux ? Si oui, quelles sont les ressources (livres, articles, documents, formations, personnes, institutions, etc.) que vous consultez pour soutenir la résolution des enjeux éthiques que pose votre pratique ? Spécifiez.
13. Y a-t-il un comité d'éthique clinique dans votre milieu ? L'avez-vous déjà consulté ? Spécifiez.
14. Avez-vous des idées de ce qui pourrait être mis en place pour vous aider à résoudre les enjeux éthiques que soulève votre pratique?
15. Y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez ajouter ou préciser au sujet des enjeux éthiques que soulève la pratique de l'ergothérapie auprès de personnes âgées en établissement ou au sujet des manières de surmonter de tels enjeux?

***Merci énormément pour votre temps. Merci d'avoir partagé vos perceptions des enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie auprès de personnes âgées en établissement.***

***Merci de remplir le questionnaire sociodémographique, si cela n'a pas été fait, et de me le retourner par courriel avec le formulaire de consentement signé. Dès que j'aurai reçu ces documents, nous pourrons vous faire parvenir le montant compensatoire de 25\$. Il peut y avoir un délai de quelques semaines.***